

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Psiquiatría



TESIS DOCTORAL

**Estudio de la incapacidad laboral en funcionarios civiles del estado y
trastorno mental**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Concepción Cruz Moreno

Director

Alfredo Luis Calcedo Barba

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO: PSIQUIATRÍA**



**ESTUDIO DE LA INCAPACIDAD LABORAL EN FUNCIONARIOS
CIVILES DEL ESTADO Y TRASTORNO MENTAL**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

M^a Concepción Cruz Moreno

DIRECTOR DE LA TESIS

Dr. Alfredo Luis Calcedo Barba

Madrid, octubre de 2015

DEDICATORIAS

A mi madre, que también ha sido mi Maestra, modelo a seguir, por su inteligencia, su fortaleza y su prudencia.

A mi padre, a mi hermano y a mi abuelo paterno, magníficos Médicos, probablemente anónimos o desconocidos, pero extraordinario ejemplo de dedicación, entrega y amor a la Medicina.

Ellos, mi familia, son y seguirán siendo, mi gran orgullo, por su bondad, entrega, generosidad, humanidad, entusiasmo y sabiduría. Lo mejor de ellos permanece en mi mente y en mi corazón, ayudándome en el camino a seguir.

Al Prof. Dr. Alfredo Calcedo Ordóñez, por su accesibilidad, su disposición y su impagable ayuda en momentos difíciles, y también porque me animó a realizar esta Tesis.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Alfredo Luis Calcedo Barba por su apoyo, dirección e insuperable ayuda, en la realización de esta Tesis.

Por la disposición a colaborar, y por todo tipo de facilidades obtenidas, desde el primer momento de plantear la investigación:

Al Jefe de Área Sanitaria de la DGP, y compañero de trabajo, Carlos Godás Valeiras.

Al que fue Presidente del Tribunal Médico de la DGP, José Julio Tamargo González, con el que compartí, durante años, muchas horas de evaluación de incapacidades en el contexto del Tribunal Médico.

A Concepción de Puelles, inestimable colaboradora, y sobre todo por su amistad.

A Ramón Sánchez, y a Justo Sanz.

A los compañeros de las Unidades Provinciales, Regionales y del Servicio Sanitario Central de la DGP.

A Begoña y a Macario, del Archivo General del Servicio Sanitario.

A Ángeles González por su ayuda con el estudio estadístico.

Y en el largo viaje realizado para elaborar la Tesis, a todas las personas que me han acompañado, con su imprescindible apoyo, y que con su constante estímulo me alentaron en el esfuerzo, quiero expresarles también mi agradecimiento

1 TABLA DE CONTENIDOS

| | | |
|---------|--|-----|
| 1 | TABLA DE CONTENIDOS | 1 |
| 2 | ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS | 7 |
| 3 | RESUMEN EN ESPAÑOL | 9 |
| 4 | RESUMEN EN INGLÉS | 15 |
| 5 | INTRODUCCIÓN..... | 21 |
| 6 | INCAPACIDAD. CONTENIDOS LEGALES Y GESTIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL E INCAPACIDAD PERMANENTE | 23 |
| 6.1 | Incapacidad | 23 |
| 6.2 | Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía | 24 |
| 6.3 | Incapacidad laboral | 28 |
| 6.4 | Absentismo | 30 |
| 6.5 | Baja laboral | 30 |
| 6.6 | Incapacidad Temporal (IT) | 32 |
| 6.7 | Incapacidad Permanente (IP) | 36 |
| 6.7.1 | Evolución legislativa | 37 |
| 6.7.2 | Valoración de la IP y calificación del grado | 39 |
| 6.8 | Seguridad Social, Regímenes Especiales y Mutuas | 45 |
| 6.8.1 | Entidades Gestoras y Colaboradoras..... | 45 |
| 6.8.2 | Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)..... | 46 |
| 6.8.3 | Comunidades Autónomas (CCAA)..... | 46 |
| 6.8.4 | Mutuas (MATEPSS). Desarrollo y competencias | 49 |
| 6.8.5 | Regímenes Especiales | 52 |
| 6.9 | Contingencias de la Incapacidad laboral..... | 55 |
| 6.9.1 | Contingencias profesionales: AT y EP | 56 |
| 6.9.1.1 | Enfermedades Profesionales (EP) | 56 |
| 6.9.1.2 | Accidentes de Trabajo (AT)..... | 58 |
| 6.10 | UMEVI, EVI, Procedimiento administrativo, trámites de IP..... | 59 |
| 6.10.1 | Unidades Médicas de los EVI (UMEVI) | 60 |
| 6.10.2 | Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) | 61 |
| 6.10.3 | Procedimiento | 63 |
| 6.10.4 | Recursos ante los Tribunales de Justicia | 66 |
| 6.11 | Funcionarios públicos. IT y Jubilación por IP | 67 |
| 7 | ENCUESTAS Y ESTUDIOS SOBRE SALUD MENTAL..... | 79 |
| 7.1 | En España | 79 |
| 7.2 | En otros países | 85 |
| 8 | SALUD LABORAL Y SALUD MENTAL..... | 91 |
| 8.1 | Diagnóstico y diagnóstico psiquiátrico. ¿Qué significa diagnosticar?..... | 91 |
| 8.2 | Enfermedad mental / Trastorno mental | 93 |
| 8.3 | Trastorno mental y trabajo..... | 94 |
| 8.4 | Incapacidad y trabajo | 97 |
| 8.4.1 | Factores psíquicos en la Incapacidad laboral..... | 97 |
| 8.4.2 | Valoración y diagnóstico de la Incapacidad laboral por trastorno mental | 99 |
| 8.5 | Cuándo hacer un Informe-Propuesta de IP en patología psiquiátrica | 102 |
| 8.6 | Concurrencia de varias enfermedades en los expedientes de IP. Comorbilidad | 103 |
| 8.7 | Algunos estudios sobre IT e IP por patología psiquiátrica | 106 |
| 9 | FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD. CUERPO NACIONAL DE POLICÍA | 125 |
| 9.1 | Concepto de Policía | 125 |
| 9.2 | Historia de la policía en España. Marco legislativo..... | 127 |
| 9.3 | Actual estructura básica y funciones del CNP: Organización Central y Periférica..... | 139 |
| 9.3.1 | Organización Central | 139 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 9.3.1.1 | Dirección Adjunta Operativa (DAO)..... | 140 |
| 9.3.1.2 | Subdirección General de Recursos Humanos | 141 |
| 9.3.1.3 | Subdirección General de Logística..... | 141 |
| 9.3.1.4 | Subdirección General del Gabinete Técnico..... | 142 |
| 9.3.1.5 | Comisarías Generales: | 142 |
| 9.3.1.5.1 | Comisaría General de Información (CGI)..... | 142 |
| 9.3.1.5.2 | Comisaría General de Policía Judicial | 142 |
| 9.3.1.5.3 | Comisaría General de Seguridad Ciudadana (CGSC) | 147 |
| 9.3.1.5.4 | Comisaría General de Extranjería y Fronteras (CGEF) | 149 |
| 9.3.1.5.5 | Comisaría General de Policía Científica | 151 |
| 9.3.1.6 | Divisiones | 156 |
| 9.3.1.6.1 | División de Cooperación Internacional..... | 156 |
| 9.3.1.6.2 | División de Personal | 157 |
| 9.3.1.6.3 | División de Formación y Perfeccionamiento | 158 |
| 9.3.1.6.4 | División Económica y Técnica | 159 |
| 9.3.1.6.5 | División de Documentación | 159 |
| 9.3.1.7 | Organización Periférica:..... | 159 |
| 9.3.1.7.1 | Jefaturas Superiores de Policía..... | 160 |
| 9.3.1.7.2 | Comisarías Provinciales, y de las Ciudades de Ceuta y Melilla | 163 |
| 9.3.1.7.3 | Comisarías Locales..... | 164 |
| 9.3.1.7.4 | Comisarías de Distrito | 164 |
| 9.3.1.7.5 | Puestos Fronterizos | 164 |
| 9.3.1.7.6 | Unidades de Cooperación Policial y Aduanera | 165 |
| 9.3.1.7.7 | Unidades de Extranjería y Documentación en Puestos Fronterizos | 165 |
| 9.3.1.8 | Unidades Especiales y Especializadas..... | 165 |
| 9.3.1.8.1 | Grupo Especial de Operaciones (GEO) | 165 |
| 9.3.1.8.2 | TEDAX-NRBQ | 167 |
| 9.3.1.8.3 | Brigada de Investigación Tecnológica (BIT)..... | 168 |
| 9.3.1.8.4 | Brigada Central de Estupefacientes (BCE) | 169 |
| 9.3.1.8.5 | Unidades de Intervención Policial (UIP)..... | 169 |
| 9.3.1.8.6 | Unidades de Caballería..... | 172 |
| 9.3.1.8.7 | Unidad de Guías Caninos | 173 |
| 9.3.1.8.8 | Unidad de Subsuelo y Protección Ambiental | 174 |
| 9.3.1.8.9 | Brigada Móvil-Policía en el Transporte | 175 |
| 9.3.1.8.10 | Unidades de Prevención y Reacción (UPR)..... | 175 |
| 9.3.1.8.11 | Medios Aéreos | 176 |
| 9.3.1.8.12 | Unidad Redes de Inmigración/ Falsedades Documentales (UCRIF) | 176 |
| 9.3.1.8.13 | Brigada de Respuesta a la Inmigración Clandestina (BRIC) | 176 |
| 9.3.1.9 | Funcionarios CNP por edad, sexo y categoría, años 2004 a 2009 | 177 |
| 9.3.1.10 | La mujer en la Policía | 181 |
| 9.4 | Segunda actividad..... | 182 |
| 9.5 | Catálogo de Puestos de Trabajo del CNP..... | 183 |
| 9.6 | La profesión policial y los policías. ¿Población de riesgo? | 185 |
| 9.7 | Preparación mental para las intervenciones policiales. | 187 |
| 9.7.1 | Conducción de vehículos y tenencia de armas..... | 189 |
| 9.8 | Principios básicos de actuación de los funcionarios del CNP. Códigos de Conducta..... | 196 |
| 10 | ESTUDIOS RELACIONADOS CON LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD | 201 |
| 10.1 | Estudios en España sobre policías del CNP | 201 |
| 10.2 | Estudios en otras policías de España y en la Guardia Civil. | 213 |
| 10.3 | Estudios con policías en otros países. | 217 |
| 11 | EL SERVICIO MÉDICO EN LA DGP..... | 223 |
| 11.1 | Historia del Servicio Sanitario y sus funciones dentro de la organización policial | 223 |
| 11.1.1 | Confidencialidad..... | 235 |
| 12 | LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS FUNCIONARIOS DEL CNP | 237 |
| 12.1 | Control del absentismo..... | 238 |
| 12.2 | Control de las condiciones psicofísicas..... | 239 |
| 12.3 | Salud Mental en el colectivo policial | 240 |
| 12.4 | Expediente Clínico-laboral..... | 244 |
| 13 | VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD EN EL CNP | 247 |
| 13.1 | Tribunal Médico de evaluación de la incapacidad de los funcionarios policiales | 248 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 13.2 | Tramitación del procedimiento de cambio de situación administrativa de los funcionarios del CNP..... | 254 |
| 13.3 | Modelos de Dictamen Propuesta y Acta del Tribunal Médico de la DGP | 261 |
| 14 | DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 267 |
| 14.1 | Justificación | 267 |
| 14.2 | Objetivos..... | 269 |
| 14.3 | Hipótesis..... | 271 |
| 14.4 | Material y método..... | 273 |
| 14.4.1 | Tipo de estudio:..... | 273 |
| 14.4.2 | Población | 274 |
| 14.4.3 | Criterios temporales | 275 |
| 14.4.4 | Secuencia en el procedimiento de la investigación:..... | 276 |
| 14.4.5 | Documentación: | 278 |
| 14.4.6 | Autorización y Comité de Ética | 279 |
| 15 | RESULTADOS | 283 |
| 15.1 | Índice de Tablas..... | 283 |
| 15.2 | Tablas..... | 291 |
| 15.2.1 | Datos sociodemográficos..... | 291 |
| 15.2.2 | Distribución a nivel nacional..... | 293 |
| 15.2.3 | Actividad laboral | 295 |
| 15.2.4 | Antecedentes patológicos familiares | 298 |
| 15.2.5 | Antecedentes patológicos personales | 299 |
| 15.2.5.1 | Antecedentes de Abuso/Dependencia..... | 301 |
| 15.2.5.2 | Otros antecedentes..... | 303 |
| 15.2.5.3 | Antecedentes de baja por Incapacidad Temporal. | 305 |
| 15.2.6 | Baja inicial de I.T. | 306 |
| 15.2.7 | Informe Clínico del CNP. Diagnóstico psiquiátrico CIE-10..... | 311 |
| 15.2.8 | Informe Clínico del CNP. Diagnóstico físico CIE-10 | 311 |
| 15.2.9 | Informe Clínico del CNP. Pruebas diagnósticas | 312 |
| 15.2.10 | Datos de Informes Psicológicos..... | 313 |
| 15.2.10.1 | Datos de Informes Psicológicos realizados en el CNP | 313 |
| 15.2.10.2 | Datos de Informes Psicológicos externos al CNP | 313 |
| 15.2.11 | Informes Clínicos del CNP. Tratamientos..... | 314 |
| 15.2.12 | Informe Clínico del CNP. Propuesta..... | 314 |
| 15.2.13 | Informes en el Expediente Clínico-Laboral..... | 315 |
| 15.2.13.1 | Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 externos al CNP | 315 |
| 15.2.13.2 | Informes de especialistas no psiquiatras | 316 |
| 15.2.13.3 | Informes periciales..... | 317 |
| 15.2.13.4 | Tratamientos que constan en el Expediente Clínico Laboral..... | 317 |
| 15.2.14 | Situación administrativa previa al último Tribunal Médico | 318 |
| 15.2.14.1 | Tribunales Médicos anteriores | 318 |
| 15.2.14.2 | Inicio del Tribunal Médico..... | 318 |
| 15.2.15 | Dictamen del Tribunal Médico..... | 319 |
| 15.2.15.1 | Dictamen Tribunal Médico. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10..... | 319 |
| 15.2.15.2 | Dictamen Tribunal Médico. Diagnósticos Físicos CIE-10 | 322 |
| 15.2.15.3 | Dictamen Tribunal Médico. Tratamiento | 323 |
| 15.2.15.4 | Dictamen Tribunal Médico. Evolución previsible | 323 |
| 15.2.15.5 | Dictamen Tribunal Médico. Propuesta..... | 324 |
| 15.2.15.6 | Alegaciones al dictamen del Tribunal Médico | 324 |
| 15.2.15.7 | TSJ Contencioso Administrativo..... | 324 |
| 15.2.15.8 | Dictamen Tribunal Médico. Propuesta de Incapacidad Laboral..... | 325 |
| 15.2.15.9 | Incapacidad | 325 |
| 15.2.15.10 | Dictamen Tribunal Médico. Propuesta de Jubilación por IP para el servicio .. | 325 |
| 15.2.15.11 | Causa de Jubilación por Incapacidad Permanente..... | 325 |
| 15.2.16 | Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Segunda actividad | 326 |
| 15.2.16.1 | Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10..... | 326 |
| 15.2.16.2 | Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnóstico Físico CIE-10..... | 329 |
| 15.2.17 | Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Jubilación por IP..... | 330 |
| 15.2.17.1 | Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 | 330 |
| 15.2.17.2 | Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos Físicos CIE-10 | 333 |

| | |
|---|-----|
| 15.2.18 Estudio estratificado 2004 a 2009, según año del Tribunal Médico..... | 334 |
| 15.2.18.1 Datos sociodemográficos..... | 334 |
| 15.2.18.2 Distribución a nivel nacional..... | 336 |
| 15.2.18.3 Actividad laboral | 338 |
| 15.2.18.4 Antecedentes patológicos familiares | 342 |
| 15.2.18.5 Antecedentes patológicos personales | 343 |
| 15.2.18.6 Antecedentes de Abuso/Dependencia..... | 346 |
| 15.2.18.7 Otros antecedentes..... | 348 |
| 15.2.18.8 Antecedentes de bajas laborales por IT | 350 |
| 15.2.18.9 Baja inicial de I.T. | 351 |
| 15.2.19 Informe Clínico del CNP. Diagnóstico psiquiátrico CIE-10. | 357 |
| 15.2.20 Informe Clínico del CNP. Diagnóstico físico CIE-10 | 358 |
| 15.2.21 Informe Clínico del CNP. Pruebas diagnósticas | 360 |
| 15.2.22 Datos de Informes psicológicos realizados en el CNP..... | 361 |
| 15.2.23 Datos de Informes psicológicos externos al CNP | 362 |
| 15.2.24 Informe Clínico del CNP. Tratamientos | 363 |
| 15.2.25 Informe Clínico del CNP. Propuesta..... | 364 |
| 15.2.26 Informes en el Expediente Clínico-Laboral..... | 365 |
| 15.2.26.1 Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 externos al CNP | 365 |
| 15.2.26.2 Informes de especialistas no psiquiatras | 367 |
| 15.2.26.3 Informes periciales..... | 368 |
| 15.2.26.4 Tratamientos que constan en el Expediente Clínico-Laboral..... | 369 |
| 15.2.27 Situación administrativa previa al último Tribunal Médico | 370 |
| 15.2.27.1 Tribunales Médicos anteriores | 370 |
| 15.2.27.2 Inicio del Tribunal Médico..... | 371 |
| 15.2.28 Dictamen Tribunal Médico de 2004 a 2009 | 372 |
| 15.2.28.1 Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 | 372 |
| 15.2.28.2 Dictamen TM. Diagnósticos físicos CIE-10..... | 380 |
| 15.2.28.3 Dictamen TM. Tratamiento..... | 381 |
| 15.2.28.4 Dictamen TM. Evolución previsible..... | 382 |
| 15.2.28.5 Dictamen TM. Propuesta | 383 |
| 15.2.28.6 Alegaciones al dictamen del Tribunal Médico. | 384 |
| 15.2.28.7 T.S.J. Contencioso Administrativo..... | 384 |
| 15.2.28.8 Dictamen TM. Propuesta de Incapacidad Laboral | 385 |
| 15.2.29 Incapacidad..... | 385 |
| 15.2.30 Dictamen TM. Propuesta de Jubilación por IP..... | 386 |
| 15.2.31 Causa de Jubilación por Incapacidad Permanente..... | 386 |
| 15.2.32 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Segunda actividad | 387 |
| 15.2.32.1 Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10..... | 387 |
| 15.2.32.2 Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnósticos físicos CIE-10 | 394 |
| 15.2.33 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Jubilación por IP | 395 |
| 15.2.33.1 Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 | 395 |
| 15.2.33.2 Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos físicos CIE-10 | 402 |
| 15.3 Análisis de los resultados | 403 |
| 15.3.1 Datos sociodemográficos..... | 404 |
| 15.3.2 Ámbito geográfico del estudio..... | 406 |
| 15.3.3 Actividad laboral | 407 |
| 15.3.4 Antecedentes familiares y personales | 410 |
| 15.3.5 Baja laboral | 415 |
| 15.3.6 Informe Clínico (IC) | 418 |
| 15.3.7 Otros Informes y Tratamientos en el Expediente Clínico-Laboral (ECL)..... | 422 |
| 15.3.8 Tribunal Médico de la DGP | 425 |
| 15.3.9 Dictamen del Tribunal Médico de la DGP..... | 427 |
| 15.3.9.1 Dictamen Tribunal Médico. Tratamiento | 431 |
| 15.3.9.2 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta Segunda actividad | 435 |
| 15.3.9.3 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Jubilación por IP para el servicio | 440 |
| 15.3.10 Informes de Causalidad | 448 |
| 15.4 Datos de población general, población policial del CNP e Incapacidades 2004-2009 | 449 |
| 15.5 Comparación con la población general | 451 |
| 15.6 Riesgo según del perfil laboral en el CNP..... | 455 |

| | | |
|------|-------------------------|-----|
| 16 | DISCUSIÓN..... | 463 |
| 17 | CONCLUSIONES..... | 495 |
| 18 | BIBLIOGRAFÍA..... | 499 |
| 19 | ANEXO 511 | |
| 19.1 | Marco legislativo | 511 |

2 ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

-
- AT.....Atención Primaria
- Art.....Artículo
- BOE.....Boletín Oficial del Estado
- BPSC.....Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana
- CCAA.....Comunidades Autónomas
- CE.....Constitución Española
- CIE.....Clasificación internacional de Enfermedades
- C^a.....Comisaría
- CNP.....Cuerpo Nacional de Policía
- CTC.....Comisiones Técnicas Calificadoras
- DGP.....Dirección General de Policía
- DT.....Disposición Transitoria
- DSM.....Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- EBEP.....Estatuto Básico del Empleado Público
- ECL.....Expediente Clínico-Laboral
- ENS.....Encuesta Nacional de Salud
- EPA.....Encuesta de Población Activa
- ESEMeD.....Estudio Epidemiológico de los Trastornos Mentales
- EVI.....Equipo de Valoración de Incapacidades
- GEO.....Grupo especial de Operaciones
- GC.....Guardia Civil
- IC.....Informe Clínico
- INE.....Instituto Nacional de Estadística
- INGESA.....Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
- INP.....Instituto Nacional de Previsión
- INSERSO.....Instituto Nacional de Servicios Sociales
- INSS.....Instituto Nacional de la Seguridad Social
- IP.....Incapacidad Permanente
- ISFAS.....Instituto Social de las Fuerzas Armadas
- IT.....Incapacidad Temporal
- JSP.....Jefatura Superior de Policía
- LGS.....Ley General de Sanidad
- LGSS.....Ley General de la Seguridad Social
- LMFASOS..... Ley de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social
- LO.....Ley Orgánica
- LOFCS.....Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
- LSSFCE.....Ley de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado
- MAP.....Ministerio de Administraciones Públicas
- MCVL.....Muestra Continua de vidas Laborales

- MATEPSS.....Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
- MUFACE.....Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
- MUGEJU.....Mutualidad General Judicial
- ODAC.....Oficina de Denuncias y Atención al Ciudadano
- OIT.....Organización Internacional del Trabajo
- OM.....Orden Ministerial
- OMS.....Organización Mundial de la Salud
- PN.....Policía Nacional
- RD.....Real Decreto
- RD-L.....Real Decreto-Ley
- SIGESPOL.....Sistema de Gestión Policial
- SNS.....Sistema Nacional de Salud
- SPS.....Sistema Público de Salud
- SS.....Seguridad Social
- TEPT.....Trastorno por Estrés Postraumático
- TM.....Tribunal Médico
- TOC.....Trastorno obsesivo compulsivo
- TRLGSS.....Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- UIP.....Unidades de Intervención Policial
- UMVI.....Unidad Médica de Valoración de Incapacidades
- UPS.....Unidad Provincial de Sanidad
- URS.....Unidad Regional de Sanidad

3 RESUMEN EN ESPAÑOL

El estudio de la incapacidad laboral en funcionarios civiles del Estado, y trastorno mental, título de esta Tesis Doctoral, se ha llevado a cabo con un grupo de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía que han sido reconocidos por el Tribunal Médico de Incapacidades de la Dirección General de la Policía desde enero de 2004 hasta febrero de 2010.

Previamente, y como base de la investigación, ha sido necesario hacer un recorrido documental histórico y legislativo sobre: la Sanidad en España, el Sistema Nacional de Salud, la Incapacidad y su gestión por la Seguridad Social, competencias de Mutuas, Comunidades Autónomas, y Regímenes Especiales.

También se han examinado áreas de salud laboral y salud mental, trabajo e Incapacidad, y Trastorno mental e Incapacidad laboral, relacionadas con el objetivo del estudio, procediendo además a una revisión de publicaciones sobre estas cuestiones.

Se han analizado los conceptos de incapacidad temporal y permanente, y sus grados, en el sistema de la Seguridad Social y en los Regímenes Especiales, y cómo los médicos de las Entidades Gestoras y de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, pueden tramitar las bajas por incapacidad temporal, y emitir las propuestas de incapacidad permanente, y que estas propuestas, tras la Resolución del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social pueden ser de: alta, continuar de baja o de Incapacidad permanente. .

Las Mutualidades de funcionarios se rigen por normativa específica y tienen su propio modelo de prestación sanitaria. La afiliación es obligatoria y la cobertura sanitaria se realiza a través de Entidades de Seguro privadas, o con el Sistema Nacional de Salud. La Ley General de la Seguridad Social las contempla como Regímenes Especiales.

En general los Funcionarios Civiles del Estado, son valorados por los EVI (Equipos de Valoración de Incapacidades), como la población general, con la diferencia, de que si son propuestos para Incapacidad permanente, y la

posterior Resolución lo confirma, pasan a Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio y con la cobertura de las Clases Pasivas del Estado.

Con normativa específica, en los funcionarios de las Fuerzas Armadas, se procede a una evaluación extraordinaria del militar, por el órgano competente, a través de un procedimiento, para determinar si existe insuficiencia de condiciones psicofísicas, a efectos de la limitación para ocupar determinados destinos, del cambio de especialidad, del pase a retiro o de la resolución del compromiso, según corresponda. En el expediente que se instruye consta el dictamen de una de las Juntas médico-periciales de la Sanidad Militar y el informe de una de las Juntas de evaluación específica para este tipo de evaluaciones extraordinarias. La resolución final sobre retiro o resolución del compromiso, es adoptada por el Ministro de Defensa. .

Estas mismas Juntas de evaluación específicas, dictaminan sobre los funcionarios de la Guardia Civil. En todo caso, la resolución que determina el retiro del interesado, la lesión o proceso patológico somático o psíquico debe estar estabilizado y ser irreversible o de remota o incierta reversibilidad.

Los componentes del Cuerpo Nacional de Policía, objeto de nuestro estudio, que son funcionarios civiles del Estado, cuentan con su propio Tribunal Médico de Incapacidades, de ámbito nacional.

De forma detallada se describe en este estudio, la compleja estructura y funciones del Cuerpo Nacional de Policía, el Servicio Médico de la Dirección General de la Policía, la vigilancia de la salud, a través de los reconocimientos médicos con el objetivo según la normativa vigente sobre Reconocimientos médicos de 13 de julio de 1990: “comprobar las aptitudes físicas, psíquicas y sensoriales de los funcionarios con el objeto de determinar la adaptabilidad de los mismos a las tareas específicas que estuvieran desempeñando”, y el control del absentismo laboral de causa médica que se lleva a cabo a través de las Unidades Provinciales o Regionales de Sanidad, y del Servicio Sanitario Central.

Cuando el funcionario ha estado sometido a tratamiento, y la alteración de la salud no le permite realizar las funciones de su puesto de trabajo, en el Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía, se analiza la documentación clínico-laboral y se inicia la propuesta y tramitación del

procedimiento de cambio de situación administrativa, bien a Segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas (siempre que no sean causa de jubilación), en la que el funcionario está alejado de la actividad policial, pero sigue vinculado a la Dirección General de la Policía, o bien a Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio, en sus diferentes grados, todo ello a través de la evaluación y dictamen realizado por el Tribunal Médico de Incapacidades de la Dirección General de la Policía.

El Cuerpo Nacional de Policía, es un Instituto Armado de naturaleza civil, dependiente del Ministerio del Interior, con estructura jerarquizada, dedicado, por mandato constitucional, a proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad de los ciudadanos en todo el territorio nacional, en un servicio permanente a la sociedad.

Esta organización cuenta con un valioso potencial que son los recursos humanos, hombres y mujeres preparados y cualificados, que han accedido a la función policial tras un complejo proceso de selección y formación profesional y que actúan con o sin uniforme según el destino y función desempeñada, sirviéndose de medios e instrumentos técnicos en las misiones a cumplir.

Es importante, que los miembros del Cuerpo Nacional de Policía, por la peculiaridad del servicio público que tienen asignado y la singularidad de las labores policiales que realizan, tengan adecuadas condiciones físicas, y como la propia Ley Orgánica 2/1986 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, dice en su preámbulo, la necesidad de un adecuado equilibrio psicológico.

Su práctica profesional, es realizada en un marco social y legal complejo, con actuaciones en situaciones críticas y peligrosas, en las que deben someterse a una adecuación entre los fines a conseguir, y los medios a emplear en el ámbito de sus competencias, y puede ser considerada de riesgo, precisando de equilibrio y control emocional inusual en otras profesiones.

Ninguno de los estudios realizados hasta ahora, han indagado sobre las causas médicas que han llevado, a funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, a ser valorados de oficio o a instancia por el Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía, y haber sido propuestos mediante un diagnóstico clínico-laboral que justifique un cambio de situación administrativa.

Con este estudio, se propuso investigar la prevalencia de la Incapacidad laboral durante los años 2004-2009, en un total de 4345 Expedientes de Incapacidad de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, evaluados por el Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía en esos seis años, por presentar patología física, psíquica o mixta, con dos tipos de propuesta de Incapacidad: una, Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio, y otra, Segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas necesarias para el desempeño de sus funciones.

Se ha analizado la situación clínico-laboral y los diagnósticos por los que funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, han pasado de estar en servicio activo a situaciones administrativas de incapacidad, al apreciar detrimento o menoscabo de las capacidades psicofísicas por enfermedades, lesiones o secuelas que le ocasionan limitaciones orgánicas y funcionales que impactan en los requerimientos específicos de su puesto de trabajo, ya que son las limitaciones en el desempeño laboral, las que determina la incapacidad, no sólo el diagnóstico clínico.

Por el especial interés que representa la salud mental en este colectivo policial, se seleccionaron, para realizar un estudio descriptivo, no una muestra, sino todos los funcionarios, que presentaban patología psiquiátrica y mixta psiquiátrica y física, y que habían sido reconocidos por el Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía en un procedimiento, de propuesta de cambio de situación administrativa, de enero de 2004 a febrero de 2010.

El grupo que cumplía criterios de inclusión estaba formado por: 1055 funcionarios, de ellos, el 61,1% con una antigüedad en el Cuerpo entre 26 y 35 años, habiendo ingresado en la Policía el 76,6% antes de 1986, año en el que se produjo la unificación de Cuerpos: Cuerpo Superior de Policía y Cuerpo de Policía Nacional dejando este último de tener estructura y organización militar. La edad media del grupo, 48,23 años, el 94,8% hombres, y el 83,4% pertenecientes a la Escala Básica Policía. Un 15'8%, refería sobrecarga y estrés laboral, siendo el diagnóstico de la última baja médica, por trastorno mental en el 75,2% de los casos, previa a la propuesta de inicio de valoración por el Tribunal Médico.

En el estudio descriptivo, retrospectivo de esta población, se analizaron variables: sociodemográficas, laborales, antecedentes familiares y personales, bajas laborales por Incapacidad temporal, Informes Clínicos y Dictamen emitido

por el Tribunal Médico. Una vez realizado el estudio descriptivo del Grupo N=1055, se llevó a cabo una estratificación por años naturales desde el 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2009, para poder centrar también el análisis de las variables año a año, y de esta forma evitar sesgos en los resultados

De los 4345 Expedientes valorados por el Tribunal Médico, fueron estimadas con propuesta de Incapacidad, un total de 2910. De ellas, consta en el dictamen y posterior Resolución del Director General de la Policía, que 1025 corresponden a pase a Segunda actividad, y 1885 a Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio en los grados de total, absoluta o gran invalidez.

La propuesta realizada en el dictamen del Tribunal Médico, en los 1885 casos, ha sido de Jubilación por Incapacidad permanente de los cuales, 1311 (69,54%) lo han sido por patología física; 273 (14,48%) por patología mixta, 8,38 por 10.000 policías. y 301 (15,96%) por patología psiquiátrica exclusivamente, 9,24 por 10.000 policías.

De los 1025 funcionarios propuestos a Segunda actividad, lo han sido por patología física el 62,04%, mixta el 17,17% 5,40 por 10.000 policías y psiquiátrica el 20,7%, el 6,54 por 10.000 policías.

Los diagnóstico psiquiátricos que con mayor prevalencia constan en el dictamen del Tribunal Médico, y por los que los funcionarios han pasado a Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio: Consumo perjudicial de alcohol 8,3%, Dependencia de alcohol, 7,0%, Trastorno de ideas delirantes persistentes 4,1%, Episodios depresivos 22,9%, Trastorno de ansiedad 18,6% y Reacción a estrés y trastornos de adaptación 17,6%. En cuanto a los diagnósticos de enfermedades y lesiones en comorbilidad con la patología psiquiátrica, destacan las enfermedades del sistema osteomuscular, seguidas de traumatismos, y enfermedades del sistema circulatorio.

Se ha investigado el riesgo de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, de ser reconocidos por el Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía, por presentar patología psiquiátrica y mixta, y su relación con el desempeño de determinados puestos de trabajo. Los resultados indican como destino con mayor riesgo, la Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana.

Para valorar el riesgo de Jubilación por Incapacidad Permanente por contingencia común, se ha comparado con la Incapacidad permanente de la población general en esos mismos años de estudio. El resultado indica que hay más individuos de la población general que llegan a Incapacidad permanente, que funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.

Al no contar con Registros Oficiales que informen sobre las enfermedades por la que los trabajadores de la población general han llegado a Incapacidad permanente, en el Sistema de la Seguridad Social, no se ha podido comprobar si la prevalencia de las patologías psiquiátricas en los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía Jubilados por Incapacidad permanente, es semejante o no a la de la población general en Incapacidad permanente.

La patología física y psiquiátrica detectada en el medio laboral, no sólo está relacionada etiológicamente con la actividad que el funcionario desempeña. En el Cuerpo Nacional de Policía existe una normativa específica de Prevención de Riesgos laborales, no obstante, la gran variedad de tareas desempeñadas en sus puestos de trabajo, con diferentes riesgos, hacen difícil la prevención.

El impacto social, laboral y económico que las incapacidades producen en el Cuerpo Nacional de Policía, requiere algo más que las aproximaciones convencionales hacia la enfermedad, que pueden resultar insuficientes. El adoptar estrategias de prevención y de detección precoz no sólo es cuestión del Servicio Médico que se enmarca dentro de la estructura orgánica del Cuerpo Nacional de Policía, estando orientado a la Medicina del Trabajo, lo es también, en gran medida, de la Empresa, es decir a la Dirección General de la Policía.

4 RESUMEN EN INGLÉS

The study of incapacity for work on civil servants, and mental disorder title of this PhD thesis has been carried out with a group of officers from the National Police who have been evaluated by the Medical Disability Tribunal from the Directorate General of Police from January 2004 to February 2010.

Previously, and as the basis of the investigation, it has been necessary to make a historical documentary and legislative journey on: the Health system in Spain, the National Health System, the Disability and Social Security system in the autonomous and central governments.

We have also reviewed areas of occupational health and mental health, work and incapacity, and mental disorder and disability related to the purpose of the study, along with a review of publications on these issues.

We analyzed the concepts of temporary and permanent disability, and their degrees in the Social Security system and the special schemes, and how their doctors of entities that collaborate with the Social Security Mutual System can handle the temporary disability, and make proposals for permanent disability. These hese proposals, following the resolution of the Provincial director of the National Institute of Social Security may be: return to work, continue on sick leave or continuing with permanent disability. .

The Mutualities of Civil Servants are governed by specific legislation and have their own model of health care delivery. Membership is compulsory and health coverage is provided through private insurance entities, or the National Health System. The General Law of the Social Security consider them as Special Regimes.

In general, civil servants are assessed by the EVI (Disability Assessment Teams) as the general population, with the difference that if proposed for permanent disability, and the subsequent resolution confirms, pass to a retirement status by permanent disability for service. Pension is covered by central government.

With specific regulations, members of the Armed Forces, go through an assessment procedure by the military health services, by the competent body, through a process to determine whether there is insufficient psycho-physical condition, for purposes of the limitation to occupy certain destinations, assignment to a new position, or the forced retirement or termination of the contract, if considered appropriate. In the individual file is included the opinion of a medical expert Boards of the Military Health and the report of the specific evaluation boards for such extraordinary assessments. The final decision on retirement or contract termination is adopted by the Minister of Defense.

These same specific evaluation boards decide on officers of the Civil Guard (Guardia Civil). In any case, the resolution establish if the individual is removed from his current position, the type of the somatic or psychological injury or disease, and whether this process is stabilized and irreversible, or of unlikely or uncertain reversibility.

The components of the National Police Body, the subject of our study, which are state civil servants, have their own Medical Disability Tribunal, nationwide.

It described in detail in this study, the complex structure and functions of the National Police, the Medical Service of the Directorate General of the Police, health monitoring through medical examinations in order according to current regulations medical examinations on July 13, 1990: "check the physical, mental and sensory skills of officials in order to determine the suitability of the same to the specific tasks they were performing" and absenteeism control medical cause which it is conducted through the Provincial or Regional Health Units, and the Central Health Service.

When the officer has been under treatment, and disruption of health does not allow him/her to perform the functions of his job, in the Health Service of the Directorate General of Police, the clinical and labour documentation is analyzed and initiates a process in order to change his/her administrative status, either due to insufficient activity Second psychophysical skills (provided they are not due to retirement), where the official is removed from policing, but is linked to the Directorate General Police, or to retirement for permanent disability for service, to varying degrees, all through the evaluation and opinion by the Medical Board of Disabilities of the Directorate General of Police.

The National Police is an armed civilian nature Institute under the Ministry of the Interior, with hierarchical structure, dedicated, by constitutional mandate, to protect the free exercise of rights and freedoms and to guarantee the security of citizens around the country, as a permanent service to society.

This organization has a valuable potential in his human resources, trained and qualified men and women, who have accessed to his position after a complex process of selection and training professional and act with or without uniform by destination and function performed, making use of technical means and instruments to fulfill the missions

It is important no notice that members of the National Police, by the peculiarity of their public service they are assigned, and uniqueness of police work they perform, must have adequate physical, and as the Organic Law 2/1986 of Forces State Security says in its preamble, also need an adequate psychological balance.

His professional practice is done in a social and complex legal framework, with actions in critical and dangerous situations, which must undergo a balance between the ends to be achieved, and the means to be used in the scope of its powers, and can be considered at risk, requiring unusual emotional balance and control much higher than in other professions in other professions.

None of the studies so far have investigated medical causes that have led to officials of the National Police Body, to be assessed on its own initiative or on application by the Medical Board of the Directorate General of Police, and have been proposed by a clinical-diagnostic work to justify a change of administrative status.

With this study, we set out to investigate the prevalence of incapacity during the years 2004-2009. 4345 disability assessment files from officers of the National Police Body, assessed by the Medical Board of the Directorate General of Police in those six years, to present physical, psychological or mixed pathology, with two types of proposal Disability: A, retirement for permanent disability for service, and assignment to Second activity due to insufficiency of psychophysical aptitudes necessary for the performance of their duties.

We analyzed the clinical and diagnostic work situation of officers of the National Police Body, who have gone from active duty administrative situations of disability when assessing detriment or impairment of mental capabilities by disease, injury or sequelae, that cause organizational and functional limitations that affect the specific requirements of their job, as are the limitations in job performance, which determines the disability, and not only clinical diagnosis.

Because of the special interest in mental health in this police group, we opted to carry out a descriptive study with the full population, not only a sample. All the officers who had psychiatric and mixed psychiatric and physical disease, and had been evaluated by the Tribunal of the Medical Directorate General of Police in a proceeding and proposed change of administrative status, between January 2004 and February 2010, were included.

The group that met inclusion criteria consisted of 1055 employees, of which 61.1% with a lengthy stay in the Police of between 26 and 35 years, having joined the Police 76.6% before 1986, which resulted in the unification of bodies: Superior Police and National Police leaving the latter to have structure and military organization. The average age of the group, 48.23 years, 94.8% men and 83.4% belonging to the Basic Police Scale. A 15.8% alleged work overload and stress, being the last diagnosis a sick leave for mental disorder in 75.2% of cases prior to the proposed start of assessment by the Medical Tribunal,

In the study we analysed sociodemographic, work, family and personal history, sick leave for temporary disability, clinical reports and opinion delivered by the Medical Tribunal: the descriptive, retrospective study of this population variables were analyzed. Once the descriptive study conducted Group N = 1055, it was carried out an analysis stratified by calendar year from January 1, 2004 to December 31, 2009, to avoid bias in the results.

Out of 4345 cases assessed by the Medical Tribunal, were estimated with Disability proposal, a total of 2910. Of those, following the opinion of the Medical Tribunal, and subsequent decision of the Director General of Police, 1025 were re-assigned to second activity, 1885 Retirement due to permanent disability for service in grades total, absolute or great disability.

The proposal made by the Medical Board, in 1885 cases, has been Permanent Disability Retirement of 1311 which (69.54%) have been for physical

pathology; 273 (14.48%) by joint pathology (psychiatric plus non-psychiatric), 8.38 per 10,000 police officers. and 301 (15.96%) exclusively by psychiatric disorders, 9.24 per 10,000 police officers.

Of the 1025 officials proposed to Second activity, the cause was physical pathology 62.04%, mixed in 17.17% (5.40 per 10,000 police officers) and psychiatric in 20.7%, (6.54 per 10,000 police officers).

The psychiatric diagnoses with the highest prevalence recorded in the opinion of the Medical Board, and which officials have gone to retirement for permanent disability for service: harmful alcohol 8.3%, alcohol dependence, 7.0% persistent delusional disorder 4.1%, 22.9% depressive episodes, anxiety disorder and 18.6% Reaction to stress and adjustment disorders 17.6%. As for the diagnosis of disease and injury in comorbidity with psychiatric disorders, are diseases of the musculoskeletal system, followed by trauma, and diseases of the circulatory system.

We have investigated the risk of officials of the National Police, to be recognized by the Medical Board of the Directorate General of Police to present psychiatric and mixed pathology, and its relation to the performance of certain jobs. The results indicate higher risk destination, the Provincial Brigade of Public Security.

To assess the risk of retirement for permanent disability for common contingencies in police officers, it has been compared with permanent disability in the general population in those years of study. The results indicates that there are more individuals in the general population who come to permanent disability, than officials of the National Police Body.

With no official registers about diseases of workers in the general population who have passed to permanent disability, in the system of Social Security; we have not been able to compare prevalence of psychiatric disorders in officials National Police Retirees with permanent disability, with that of the general population.

Physical and psychiatric disorders detected in the workplace, is not only etiologically related to the activity that the official performs. In the National Police there specific regulations on prevention of occupational risks, however, the variety of tasks performed in their jobs, with different risks, make prevention difficult.

The social, labor and economic impact of disabilities that occur in the National Police Body requires more than conventional approaches to the disease, which may be insufficient. Adopting strategies for prevention and early detection is not a task only from the medical service that is part of the organizational structure of the National Police Body. This task is to a large extent to the whole body, including the leaders of the organization.

5 INTRODUCCIÓN

El planteamiento inicial de esta Tesis, fue el estudio de la Epidemiología histórica de las Incapacidades en el Cuerpo Nacional de Policía, que se ha focalizado posteriormente en el estudio de la Incapacidad laboral y Jubilación por Incapacidad Permanente, de causa psiquiátrica, y por otras enfermedades en este grupo laboral.

La investigación se ha efectuado, en un colectivo de funcionarios que realizan tareas que implican la exigencia de portar armas, lo que condiciona la necesidad de un equilibrio psíquico mayor que el esperado para el resto de la población laboral no armada, y además su labor se realiza en un especial contexto socio-laboral, base sobre la que tienen peso específico tanto factores profesionales como extra profesionales, sobre los que pueden incidir distintas patologías.

El quehacer práctico de los Médicos del Servicio Sanitario, y el Tribunal Médico de Incapacidades de la DGP, todo ello en el ámbito de la Medicina de Empresa, no concluye en el espacio limitado médico-clínico, sino que abarca aspectos relacionados con el diagnóstico de la Incapacidad (actividad más allá del trabajo clínico asistencial), desde el punto de vista multidisciplinar (causas biológicas, motivaciones psicológicas, acontecimientos socio-familiares y laborales), en una visión integral del funcionario enfermo. Es pues una materia, en la que confluyen aspectos sanitarios -esenciales-, con otros no menos importantes, como son los laborales, económicos y sociales.

Esto ha conducido a llevar a cabo una investigación original, por el interés científico, y por la posibilidad de realizar un estudio descriptivo observacional retrospectivo, de una población laboral concreta y con claras señas de identidad, como son los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía de todo el territorio nacional, analizando determinadas variables sociodemográficas, laborales, antecedentes personales y familiares, datos clínicos e informes, así como la Incapacidad que lleva al funcionario a pasar a Segunda actividad por insuficiencia de aptitudes psicofísicas, o a la Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio.

El análisis corresponde a seis años 2004-2009, y a un total de 4.345 Expedientes de Incapacidad evaluados por el Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía en ese periodo de tiempo.

Al ser un estudio descriptivo y al haber en los dictámenes emitidos por el Tribunal Médico dos tipos de propuesta de Incapacidad: una, Jubilación y otra, Segunda actividad, se van a describir cuáles son los diagnósticos psiquiátricos y psiquiátricos en comorbilidad, que con más elevado porcentaje llevan a una u otra situación.

Se pretende además comparar los resultados obtenidos del estudio de la Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio, por contingencia común, de estos funcionarios públicos del Cuerpo Nacional de Policía, con la población general, de trabajadores que también han llegado, como ellos, a la situación de Incapacidad permanente en esos mismos años.

Estudio útil y pertinente, con la posibilidad de poderlo realizar con los medios y recursos disponibles. No tiene contradicciones internas y los objetivos son lógicos, observables y medibles. No se cuenta con investigaciones precedentes en esta línea, y los datos publicados son insuficientes.

Por considerarlo de interés. El núcleo de este trabajo se estructura en dos partes. En la primera se expone, con un marco teórico y legislativo de base, qué es la Incapacidad, contenidos legales, tipos y grados de incapacidad, el Sistema de la Seguridad Social, Regímenes Especiales y Mutuas, Funcionarios públicos y Clases Pasivas, MUFACE, y la Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio, además de aspectos destacados de Salud laboral, Salud mental, Incapacidad y trabajo, valoración, y estudios publicados sobre Incapacidad laboral.

Seguidamente se hace especial referencia, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, y más concretamente al Cuerpo Nacional de Policía: concepto, historia, estructura básica y funciones estudios relacionados con la profesión policial, el Servicio Médico en la DGP, vigilancia de la salud en los funcionarios del CNP, y valoración de la incapacidad en este Cuerpo.

En la segunda parte, se abordará el desarrollo de la investigación llevada a cabo: Objetivos, Hipótesis Material y Métodos, Resultados, Discusión, y Conclusiones.

| | | | | |
|----------|-------------------------------|--------------------|-----------------|----------|
| 6 | INCAPACIDAD. | CONTENIDOS | LEGALES | Y |
| | GESTIÓN DE | INCAPACIDAD | TEMPORAL | E |
| | INCAPACIDAD PERMANENTE | | | |

| |
|------------------------|
| 6.1 Incapacidad |
|------------------------|

Cuando nos referimos a “capacidad” hay que diferenciar: Capacidad de ganancia, suma de dos factores 1) capacidad de trabajo, y 2) condiciones intrínsecas (edad, estado civil, enfermedades...) y extrínsecas (atmósfera, puesto de trabajo...), Capacidad de trabajo, suma de: validez física y psíquica, y de aptitud productiva idónea. Y también puede hablarse de “capacidad” como desempeño de tareas en un entorno uniforme, y “desempeño” como ejecución de tareas en un entorno real.

En cuanto a “incapacidad”, puede distinguirse entre: Incapacidad física o lesional, Incapacidad profesional, e Incapacidad de ganancia.

En la actividad laboral, “Incapacidad” a pesar de ser el término más usado, tal vez no sea el más afortunado, ya que etimológicamente sería la negación de toda capacidad, si bien suele acompañarse de calificativos como: parcial, total, absoluta, gran invalidez.

La disminución de la salud por cualquier motivo de una persona, de manera temporal, definitiva o progresiva, provoca una alteración, disminución o pérdida de una función o de una estructura anatómica: esto es lo que se llama “menoscabo”. El menoscabo puede afectar a todas, varias, una o ninguna de las actividades que una persona realiza en su vida. La cantidad y calidad de las actividades afectadas, depende de la propia gravedad del menoscabo que sufre la persona y por otro lado, de las actividades que esta persona desarrolla en su vida habitual. Se llega así al concepto de “incapacidad”, imposibilidad para realizar una actividad o tarea determinada como consecuencia de un menoscabo que es la distancia que existe entre lo que una persona puede hacer y lo que quiere o necesita hacer.

El Término incapacidad, hace referencia a un término médico-jurídico que se aplica a dos situaciones: una, cuando las deficiencias o el menoscabo

de la persona están relacionadas con la actividad laboral, es la llamada incapacidad laboral, y dos, cuando el menoscabo se relaciona con las actividades de vida diaria, o incapacidad no contributiva. En los dos casos, la persona debe cumplir una serie de requisitos administrativos para ser declarada incapacitada y tener derecho a la percepción de una pensión.

La Incapacidad y la Medicina aparecen relacionadas en textos tan antiguos como el Código de Amuraba, si bien en condiciones tan poco favorables como es el de responder con mutilaciones, el propio médico, para compensar la incapacidad producida por el tratamiento empleado.

En la actualidad, el concepto de incapacidad está referido a la situación en que un paciente está imposibilitado para trabajar, por una causa sanitaria. Es importante reseñar que si la imposibilidad de trabajar no fuera sanitaria, entraríamos en otro concepto mucho más amplio que es el de Absentismo (imposibilidad para trabajar independientemente de la causa que lo origine sanitaria, administrativa, empresarial...). Las incapacidades se pueden clasificar bajo varios puntos de vista, uno de ellos es el de la duración: serán Temporales o transitorias, aquellas que previsiblemente van a desaparecer en un periodo determinado de tiempo, y Permanentes, aquellas que presentan una alteración de la capacidad laboral, previsiblemente de forma definitiva.

Para valorar la incapacidad es necesario no sólo conocer el menoscabo sino ponerlo en relación con la actividad que se desarrolla.

En el contexto de trabajo o profesión, la incapacidad para trabajar es la imposibilidad para realizar uno o varios requerimientos específicos o tareas determinadas de ese puesto de trabajo.

6.2 Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía

Al hablar de Incapacidad generalmente nos estamos refiriendo a Discapacidad, tal y como lo entiende la OMS. (CIDDM y posteriormente CIDDM-2). Pero en el ámbito social, laboral y legal tienen diferencias importantes, ya que la Incapacidad se deriva de la salud y el trabajo de una persona y su relación entre ambas, y la Discapacidad relaciona las condiciones de salud y el medio en el que la persona desarrolla su vida.(37).

El CIDDM la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en la versión de 1980, es de “consecuencia de enfermedades”. Se introdujo el concepto “hándicap” (en España se usó “minusvalía”) con la connotación social de desventaja que como consecuencia de una enfermedad, o un trastorno o una deficiencia podía presentar en relación a los demás.

La OMS define:

Deficiencia: “Dentro de la experiencia de salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (Hace referencias a anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia así como de la función de un órgano o sistema cualquiera que sea su causa). Pueden darse ocasiones en la deficiencia no cause discapacidad, pero sí minusvalía.

Discapacidad: “Dentro de la experiencia de salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano” (Refleja las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; representa por tanto trastornos en el ámbito de la persona).

Discapacidad, es un término genérico que incluye deficiencias: “limitaciones en la actividad” (dificultad para realizar una actividad, desde leve hasta grave en términos de cantidad y calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad, en que se espera que la realizara una persona, sin esa condición de salud), y “restricciones en la participación” (problemas que puede experimentar un individuo para implicarse a la hora de realizar una tarea determinada, en situaciones vitales, y determinada por la comparación de la participación de esa persona con la esperable de una sin discapacidad en esa sociedad; sustituye al término “minusvalía” tal como era propuesto como hándicap/desventaja social en 1980).

La discapacidad indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una determinada “condición de salud”, (término que incluye la enfermedad aguda o crónica, trastorno, traumatismo, y lesión u otras circunstancias), y sus factores contextuales (socio/ambientales).

La Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, adopta un modelo social de la discapacidad. Los Estados Partes en la presente Convención, convienen en lo siguiente: Artículo 1. Propósito párrafo dos: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (Resolución 61/106 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York). Quedó abierta a los 192 Estados Miembros para su ratificación, y entró en vigor el 3 de mayo de 2008, constando en su Artículo 1. Propósito, la misma definición de Discapacidad. En ella se desarrolla una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que, todas las personas con todos los tipos de discapacidad, deben gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Ley 26/2011, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, incorpora la definición de “persona con discapacidad” incluida en el Tratado Internacional.

En el Art. 1.2 dice: “En todo caso se considerará que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

El RD Legislativo 17/2013, aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad.

El INE (Instituto Nacional de Estadística) ha realizado varias encuestas: sobre: Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (1986), Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), en 2008. En esta última macro-encuesta, se identifica la “discapacidad” con limitaciones importantes para realizar las actividades de vida diaria, hayan durado o vayan a durar más de un año y tengan su origen en una deficiencia.

La CIF, 2001, que es la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (114), auspiciada por la OMS, da más importancia a los indicadores socio-sanitarios (calidad de vida e integración laboral, por ejemplo) que a los científicos, se basa en dos conceptos por un lado la vertiente social de la discapacidad (es decir de estudio de las condiciones de vida más allá de la perspectiva médica), y por otro lado el reconocimiento de la importancia que tiene disponer de información para desarrollar una política social efectiva. Contempla la discapacidad desde un punto de vista más global, y como término genérico que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

El funcionamiento y la discapacidad están asociados con las condiciones de salud y se clasifican en la CIF. La Clasificación CIF (funcionamiento, visión más amplia de la salud de cada persona) y la CIE (diagnóstico), son complementarias. Para la CIF son conceptos diferentes la enfermedad y la incapacidad, tienen distintas características. La misma enfermedad puede tener estados funcionales distintos en distintas personas. Se basa en la integración del modelo médico y el modelo social: salud, factores personales y externos es decir circunstancias en las que vive una persona.

La CIF consta de 1424 categorías mutuamente excluyentes organizadas como una estructura jerárquica de cuatro niveles. Las categorías están indicadas en códigos alfanuméricos. Es para Fernández López, 2009, “la base conceptual para la definición, mediación y formulación de políticas de salud y discapacidad. Abarca la mayoría de los aspectos del funcionamiento, la discapacidad y la salud relevantes para los pacientes y que son objetivos de la intervención sanitaria y social. Asimismo, como base esencial para la estandarización de datos mundiales, relacionados con el funcionamiento y la discapacidad, constituye la clasificación universal de referencia para su uso en el campo de la salud y los sectores relacionados”. (57).

Sirve: “Para explicar de forma holística y comprensiva los estados de salud de los individuos y de las poblaciones en la necesidad de evaluar el estado funcional de los pacientes en los informes de salud y en la revisión de los modelos de discapacidad existentes”. (10).

Querejeta, 2003, contempla el problema de la Discapacidad entendida globalmente como una interacción multidireccional entre la persona y el

contexto socioambiental en el que se desenvuelve, es decir entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos medio/ambientales. (130).

Minusvalía. “Dentro de la experiencia de la salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”. (Hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades así pues refleja una interacción y adaptación del individuo a su entorno). Se clasifica en seis grandes esferas: orientación, movilidad, independencia física, ocupacional, integración social, autosuficiencia económica, y otras.

La Minusvalía tiene una legislación específica: La LISMI, Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos vigente hasta el 4 de diciembre de 2013 al ser derogada por RD Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre, y el RD 1971/1999 de 23 de diciembre, que regula el procedimiento para el reconocimiento y calificación del grado de minusvalía, también modificado por el RD 1364/2012. Los dictámenes son emitidos por los Órganos técnicos competentes para la emisión de los dictámenes técnico-facultativos y los Equipos de Valoración y Orientación. La valoración de discapacidad realizada, se expresa en porcentajes siendo la calificación del grado de discapacidad, tras la aplicación de baremos aprobados por RD: nula (0%); leve (1-25%); moderada (25-49%); grave (50-70%), y muy grave (70-100%), y sumando los factores sociales complementarios valorados.

6.3 Incapacidad laboral

El derecho de los hombres al trabajo puede quedar limitado, al verse sumido como consecuencia de enfermedad o de accidente, en una limitación o menoscabo de su capacidad ya sea de forma transitoria (IT) o permanente (IP). La enfermedad, que supone en ocasiones una incapacidad para realizar las actividades diarias, conlleva, si la persona realiza un trabajo remunerado a no acudir al trabajo, una incapacidad laboral y una baja laboral, inicialmente temporal, que se legaliza con un certificado que firma el médico, y que supone una serie de prestaciones sociales, sanitarias, hasta la recuperación del

trabajador enfermo, que puede sufrir demoras por: consulta a especialistas, pruebas diagnósticas, en algún caso ingreso hospitalario, rehabilitación....

Incapacidad laboral, es la de aquellos trabajadores que por motivos de enfermedad no están en condiciones de realizar su trabajo habitual. Es un concepto médico-jurídico, es el estado transitorio o permanente de una persona que por accidente (sea o no de trabajo) o enfermedad (común o profesional) queda mermada en su capacidad laboral de una manera transitoria, con carácter temporal precisando asistencia sanitaria o periodos de descanso (IT), o definitiva (IP), que es la situación de un trabajador, que después de haber estado sometido a tratamiento médico correcto, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral, siendo una situación a la que se llega de forma involuntaria e imprevista, para la realización de las funciones de su puesto de trabajo. Las alteraciones de su salud le impiden la realización de las funciones de su puesto de trabajo.

La capacidad laboral tiene que analizarse desde una perspectiva clínica y laboral, por un lado, estableciendo un diagnóstico con las manifestaciones y las repercusiones funcionales físicas y/o psíquicas y por otro, tras el tratamiento, valorar la irreversibilidad y la repercusión en cuanto a dificultad o imposibilidad de realizar el trabajo habitual u otro, con el rendimiento esperado, teniendo en cuenta la seguridad propia y para terceras personas. Importa tanto la patología que presenta la persona, como la forma en que repercute y le dificulta la vida laboral y social.

El problema está en cómo delimitar que la gravedad de la enfermedad que padece la persona, tiene repercusión en la actividad laboral y constituye así una incapacidad laboral permanente tras haber estado sometida a tratamiento.

El diagnóstico, las repercusiones, las secuelas... debe estar bien fundamentado y documentado. Y en cuanto al concepto de “permanente”, la propia legislación establece que puede haber una revisión del proceso.

Se describen varias clases: 1) Incapacidad física o funcional con limitación de una o varias funciones orgánicas, intelectuales o psíquicas, 2) Incapacidad laboral o incapacidad profesional, que limita a la persona para desempeñar de forma normal y eficiente las labores que como trabajador tenga

asignadas. 3) Incapacidad de ganancia que la pérdida que ha tenido de las posibilidades de trabajo físico e intelectual posterior a un accidente o enfermedad, aunque puede quedar una capacidad de trabajo residual.

6.4 Absentismo

Antes de abordar la Incapacidad hay que mencionarlo. Este concepto tiene gran número de definiciones, a veces contradictorias, dependiendo de los parámetros que se utilicen para medirlo. En un amplio sentido el absentismo es toda ausencia de trabajo, independientemente de lo que la haya causado, y también se utiliza la palabra absentismo cuando se refiere a un trabajador que no acude al trabajo al que en condiciones normales debería ir (así se excluyen vacaciones, huelgas, licencias, maternidad, u otras).

Los problemas generados por el absentismo, en especial la pérdida de recursos humanos que conlleva, viene haciendo necesario medirlo y obtener los correspondientes índices y esto en mayor o menor grado se viene haciendo desde las Administraciones Públicas, pero las dificultades surgen con los modelos de medición que al ser heterogéneos, los índices obtenidos no pueden compararse entre sí.

Una de las causas son las inasistencias justificadas por incapacidad laboral, producida por enfermedad o por accidente, de menos o de más de tres días, en éste último caso se exige la presentación del Parte médico de baja.

6.5 Baja laboral

Es un documento oficial, un acto médico y administrativo; el médico certifica que una persona no puede realizar su trabajo como consecuencia de una pérdida de salud, y además precisa recibir asistencia sanitaria. Es por tanto un certificado médico de incapacidad. El médico, certifica que la persona se encuentra imposibilitada para trabajar por motivos de salud. La baja no es una certificación de enfermedad, se extiende a las personas incapacitadas.

Es de destacar, la Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la

función de los médicos inspectores en su control y supervisión. Aprobado el 26 de mayo de 2001. (113) En el apartado A) 1., se expone que los partes de baja por IT por enfermedad común “son generalmente expedidos por los médicos de atención primaria del INSALUD o de las Comunidades Autónomas que tienen asumidas las transferencias sanitarias”. No obstante la expedición no compete exclusivamente a estos facultativos. El punto 3, dice que “los partes de bajas y altas son documentos oficiales y el médico está deontológicamente obligado a expedirlos con autenticidad y veracidad”, y por eso en el punto 4., consta que: “el médico tiene el deber, antes de darle el correspondiente parte de baja, de intentar comprobar mediante la exploración física y reconocimiento del paciente la dolencia por él alegada para solicitar la incapacidad temporal aún sabiendo que muchas de las causas más frecuentemente alegadas como solicitud de baja laboral son de difícil comprobación”. En el punto 5., se señala que el médico es un gestor de recursos y que deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia.

El parte de baja es expedido por los médicos del Sistema Nacional de Salud o de las Mutuas (MATEPSS).

En los funcionarios: el ámbito de actuación del Régimen Especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado que gestiona MUFACE, tras una modificación Orden APU/2210/2003 establece los modelos de “parte de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo” y el “parte de maternidad” que den ser “rellenados por el facultativo encargado de la asistencia al paciente, indicando en los casos de enfermedad o accidente el código correspondiente a la patología que padece de acuerdo con la clasificación CIE-9-MC. Esto lo dice el Director General de MUFACE López Andueza, en la Presentación del Listado Abreviado de CIE-9-MC, (36), “para ello previa autorización del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha configurado el presente listado de modo que pueda estar a disposición de todos los médicos que configuran los cuadros de atención sanitaria a los mutualistas de MUFACE, así como de los responsables de los Órganos de Personal competentes para expedir las licencias por enfermedad o accidente”. CIE-9-MC, se usa para describir el diagnóstico en el parte médico inicial para el reconocimiento de la situación de IT, es decir, en la gestión de procesos de Incapacidad Temporal en el ámbito de actuación del Régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado que gestiona la MUFACE. Esto se realiza, tras la publicación de la Orden APU/2210/2003. Esta Orden fue sustituida por la Orden PRE/1744/2010, con

posteriores modificaciones de actualización de los modelos de partes por la Resolución de 29 de noviembre de 2010, en los Anexos I a IV. En el nuevo Parte Médico para situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural se sigue utilizando el Código CIE-9-MC.

La CIE-9-MC, utilizada es una clasificación de alta especificidad y poca sensibilidad, quizá clasificación conveniente para el control de las bajas laborales, y aunque puede distorsionar la información (al tener que elegir entre varias opciones para poner un código), e incluso ser de baja calidad diagnóstica, puede ser útil para conocer los datos de salud de la población.

6.6 Incapacidad Temporal (IT)

Incapacidad Temporal, viene definida en el Artículo 128 del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y modificado en la Ley 40/2007; en este texto se indican los plazos y trámites a seguir, quiénes son competentes en reconocer situaciones de prórroga por necesidad de tratamiento con expectativa de recuperación o de mejoría con vista a la reincorporación laboral, o determinar el inicio de la incapacidad permanente con un Informe-propuesta, para que el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) proceda a la calificación de la incapacidad, o bien el alta médica, también mediante propuesta motivada.

En la IT o transitoria, cabe esperar la recuperación en un periodo de tiempo determinado (enfermedad profesional, accidente de trabajo, accidente no laboral, enfermedad común). La pérdida de salud, la enfermedad puede conllevar una incapacidad laboral, y una baja laboral, en tanto se produce la mejoría del proceso clínico. La certificación de la Baja laboral y los Partes de confirmación son documentos estrictamente clínicos, dependientes de la valoración médica.

La IT es parte consustancial del acto terapéutico profesional, una respuesta compleja para controlar situaciones y problemas que habitualmente superan lo biológico. Benavides, 2005, dice que se ha estimado que hasta el 16% de las bajas por enfermedad y/o accidente “no laboral” en atención primaria, tienen un probable origen laboral, aunque no se declaren en este sentido. (16).

Por otro lado, el estar de baja aumenta la probabilidad de bajas consecuentes, es decir, volver a estar de baja por la misma enfermedad o por otra, y mayor probabilidad de incapacidad permanente y jubilación por enfermedad. Además, el contacto con el sistema sanitario lleva al inicio de incontables cascadas diagnósticas y terapéuticas que, cuando son innecesarias pueden complicar la evolución de la enfermedad, como dice Pérez Fernández, 2002 en su publicación sobre “El efecto cascada implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas”. (116).

Los elementos que definen la IT son: situación de enfermedad, necesidad de tratamiento e incapacidad para el trabajo. Es una situación temporal para la recuperación de la capacidad laboral mediante el desarrollo de todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas precisas.

Al trabajador, que como consecuencia de una enfermedad, está incapacitado para trabajar, el Sistema de la Seguridad Social le proporciona asistencia sanitaria y prestación económica, mientras dure la situación. Es preciso un documento oficial, la expedición de la baja laboral por la que el médico certifica que la persona no puede realizar su trabajo por motivos de enfermedad. Es un acto médico, y un acto administrativo

La IT, “baja médica”, ha sufrido numerosas reformas legislativas.

El RD Legislativo 1/1994, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social recoge disposiciones en materia de Seguridad Social, define las distintas pensiones: contributivas (que se financian básicamente con las cotizaciones sociales de los trabajadores y los empresarios), y no contributivas (financiadas a cargo de los presupuestos del Estado) y los diferentes grados de incapacidad: la Incapacidad laboral transitoria (Capítulo IV, art. 128), y la “Invalidez”, (Capítulo V, art. 134) contributiva, no contributiva provisional o permanente. En cuanto al art. 135.1. d): Duración de la invalidez provisional. “Por el transcurso, en todo caso de un periodo de seis años contados desde la fecha en que fue declarada la incapacidad laboral transitoria”. Sobre Invalidez permanente, el art. 137, especifica: los Grados: a) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual, c) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, y d) Gran invalidez.

En las Contingencias protegibles, el art. 115, define el concepto de “accidente de trabajo” y en el art. 116, el concepto de “enfermedad profesional”.

Esta situación de ILT (Incapacidad Laboral Transitoria), se define en el artículo 128 del TRLGSS cuando como consecuencia de una enfermedad, común o profesional, o accidente, sea o no de trabajo, que requieren de asistencia sanitaria el trabajador está impedido temporalmente para el trabajo. La situación exige que concurren simultáneamente: enfermedad o accidente; percepción de asistencia sanitaria, o bien en el caso de enfermedad profesional que esté sometido a estudio u observación médico a efectos de diagnóstico médico, e impedimento temporal para trabajar.

El trabajador padece una enfermedad o tiene una lesión que necesita tratamiento, estando temporalmente incapacitado para el trabajo; es una limitación temporal en el rendimiento profesional en el trabajo que estaba realizando, es una situación de no apto para el trabajo, conociendo la profesión que desarrolla y el puesto de trabajo, que desempeña, competencias, tareas, requerimientos profesionales... La ILT, y limitada en el tiempo y se contempla en la normativa española como una prestación protectora de una situación en la que el trabajador por un motivo ajeno a su voluntad no puede trabajar.

En las actualizaciones del texto: las referencias a “invalidéz permanente” se entenderán como “incapacidad permanente” y la expresión “profesión habitual” aplicada a la IP, se entenderá como “profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada” (Artículo 8.5 de la Ley 24/1997). Última modificación 31 de diciembre de 2014.

La entidad que gestiona la mayor parte de las IT por enfermedad común y accidentes no laborales, aproximadamente el 40% es el INSS, y el resto son las Mutuas.

Una vez transcurrido el tiempo máximo previsto en la legislación vigente en un trabajador en IT, si no ha curado, con o sin secuelas invalidantes, debe procederse a una valoración, por si procede la propuesta de pase a IP. La duración máxima de la prestación por incapacidad temporal es la misma, independiente de que la causa sea enfermedad común o profesional o el accidente, sea o no de trabajo. La duración es doce meses, prorrogables por otros seis, cuando se estime que hay posibilidades de curación durante esos meses de prórroga, y el trabajador pueda ser dado de alta médica Si no hay

posibilidades de curación en los doce primeros meses o transcurrida la prórroga, se iniciará el expediente de IP.

Agotados el primer periodo de doce meses, el segundo de seis, si continúa la necesidad de tratamiento médico por la situación clínica del trabajador podría prorrogarse otros seis meses el inicio de la propuesta de IP, pero nunca sobrepasará los dos años (730 días) desde que inició la baja laboral (IT), según consta establecido en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2010, en la Disposición Final Tercera.

La Ley 30/2005, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, modifica algunos artículos de la LGSS relacionados con la IT (duración y competencias del INSS), concretamente la Disposición adicional cuadragésimo octava que modifica la letra a) del apartado 1 del artículo 128 diciendo que agotado el plazo de 12 meses de IT, el INSS, “a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la Incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica...” Desaparece la prórroga automática de la IT.

Duración de la IT. El INSS en 2002 constituyó un grupo de trabajo para codificar los estándares de duración de la IT, utilizando el sistema de codificación CIE-9-MC. En septiembre de 2008, la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social constituyó un grupo de trabajo para la “Revisión y Actualización del Manual de Tiempos Estándar”. En esta publicación (101) se define el tiempo estándar de IT: “es el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.” El tiempo estándar es un tiempo que asumen la presunción de que el trabajador tiene una alta probabilidad de estar incapacitado para la realización de las tareas y requerimientos profesionales”. Alcanzado el tiempo estándar se valora el alta laboral. El continuar en IT puede deberse a complicaciones clínicas o procesos intercurrentes. También advierten de la gran variabilidad de situaciones clínicas: procesos crónicos, procesos oncológicos, procesos clínicos graves, etc.

En Salud Mental, el máximo tiempo estándar en días corresponde a: Psicosis orgánica senil y presenil: 180 días y Trastorno afectivo bipolar mixto: 120 días. Todos los demás son de duración estándar inferior. Los mismos datos en la 3ª edición. (102).

La valoración de una Incapacidad laboral debe incluir varios elementos, Calcedo Barba, 2001, en primer lugar (pág. 31): “Se debe comprobar y verificar si el caso al que nos enfrentamos cumple los criterios diagnósticos que establece la nosología (...) muchos profesionales utilizan términos no técnicos...”. En segundo lugar “debe estudiarse el perfil laboral que tiene el individuo que evaluamos”, y por último, tiene que valorarse “cómo ha repercutido el trastorno que padece el enfermo en las habilidades que son necesarias para el puesto de trabajo (...) valorar la enfermedad pero desde el punto de vista funcional”. (25).

Madariaga, 2014 refiriéndose a la clínica de menor intensidad sintomática y gravedad en su conjunto, expone que en el mundo de lo administrativo-laboral, “dilucidar cuál es finalmente el nivel de capacidad del individuo para desarrollar una actividad laboral concreta, acaba siendo en muchas ocasiones muy complicado y difícil de delimitar”.

Hace mención a diagnósticos frecuentes en la práctica habitual como: “trastornos de adaptación, Síndromes ansioso-depresivos, Trastornos por estrés, Depresión mayor en grado leve, Estados ansioso-depresivos, etc.”, Recomendaba hacer una diferenciación entre lo “vital y lo psicopatológico”, buscar aspectos como historia laboral, bajas anteriores, dificultades personales y familiares, problemas, conflictos laborales, valoraciones previas, problemas físicos... y advierte el riesgo de psiquiatrización, y uso de psicofármacos puede ser un “argumento” para “justificar su enfermedad”.(91).

6.7 Incapacidad Permanente (IP)

La Incapacidad permanente, es la situación del trabajador tras una enfermedad o accidente, en la que se encuentra disminuida o anulada su capacidad laboral. Estas situaciones las reconoce el INSS.

La Discapacidad, es la limitación que tienen algunas personas para realizar actividades como las básicas de vida diaria (aseo, vestido...) o relacionadas con participación social (comunicarse, ver, oír, utilizar transporte

público...), se refiere a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada. El reconocimiento es exclusivamente en los ámbitos de aplicación de la LIONDAU que es la Ley 51/2003, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, habiéndose publicado con posterioridad varios RD para la aplicación de las medidas determinadas por la Ley.

Las personas con Incapacidad laboral permanente, pueden además tener una Discapacidad.

6.7.1 Evolución legislativa

Ley 193/1963, es de la Ley de Bases de la Seguridad Social. El Decreto 907/1966, el Art.1.2., especifica: “No obstante el presente texto articulado no será de aplicación a los funcionarios públicos civiles y militares, cuya Seguridad Social se regirá por la Ley o Leyes especiales que se dicten al efecto.

El Decreto 2186/1968, regula la composición, organización, funcionamiento y distribución de competencias de las Comisiones Técnicas Calificadoras (CTC), previstas en la Ley de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966. En la Orden de 15 de abril de 1968 se regulan las prestaciones de “invalidez” en el Régimen General de la Seguridad Social y la Orden de 8 de mayo de 1969 regula el procedimiento aplicable a las actuaciones de estas CTC. (Derogada).

Hasta la actual situación, hay una rápida evolución de la Seguridad Social:

- Ley 24/1972, reduce la duración máxima de la denominada “ILT” de 18 meses a 6, prorrogables por 6 meses más, en ciertas circunstancias.
- Decreto 2065/1974, aprueba el TRLGSS; dedica el Capítulo VI a la Invalidez, especificando que la calificación de los grados de invalidez corresponderá a las Comisiones Técnicas Calificadoras.
- RD 843/1976, del Reglamento General del Mutualismo Administrativo. La primitiva Ley Mutualista fue desarrollada por este Decreto. El Capítulo IX aborda la Invalidez permanente.

- RD 1995/1978, aprobó el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la SS.
- RD Ley 36/1978. Se crea el INSS, entidad gestora dotada de personalidad jurídica propia, quedando extinguidas las CTC y las funciones quedan atribuidas, al INSS (en cuanto a la declaración de las situaciones de invalidez), el INSALUD (en cuanto a la emisión de los Informes y dictámenes, que por referido RD se consideran preceptivos para tal declaración), y el INSERSO o Servicios Sociales (en lo que se refiere a la recuperación profesional).
- RD 2609/1982, versa sobre evaluación y declaración de las situaciones de invalidez en la SS, de forma que las funciones que venían ejerciendo transitoriamente las CTC, queda atribuida a “los Institutos Nacionales de la Seguridad Social, de la Salud y de los Servicios Sociales”. Establece las competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) en materia de Incapacidades laborales permanentes en sus distintos grados y las contingencias determinantes de las mismas. Se constituye una Comisión de Evaluación de Incapacidades en cada Dirección Provincial del INSS. En las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Salud, y con encuadramiento orgánico en las mismas se crean Unidades de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI), con la misión de cumplimentar los dictámenes e informes previstos. También consta que será competencia del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) entre otras, determinar la existencia de posibilidad razonable de recuperación y en su caso, elaborar y desarrollar el programa correspondiente.
- RD 1071/1984, modifica determinados aspectos en la normativa en materia de IP en la Seguridad Social.
- RD Legislativo 1/1994, por el que se aprueba el TRLGSS, que atribuye al INSS en todas las fases del procedimiento y a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan la competencia para declarar la situación de IP, su concepto y clases en las modalidades de contributiva y no contributiva, así como los grados de incapacidad.
- La Ley 42/1994, de Medidas fiscales y administrativas de orden social en el Art. 34., da una nueva redacción al Art. 134 de la LGSS 1/1994 “En la modalidad contributiva, es incapacidad permanente la situación del trabajador que después de haber estado sometido a tratamiento prescrito, y de haber sido dado de alta medicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de

determinación objetiva, previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima medicamente como incierta o a largo plazo”. “No obstante lo establecido en el párrafo anterior, no será necesaria el alta médica para la valoración de la invalidez permanente en los casos en que concurran secuelas definitivas”. Cuando se dice “invalidez permanente”, debe entenderse “Incapacidad permanente”, y la “profesión habitual”, como la “profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada”, según establece la Ley 24/1997.

- El RD 1300/1995, suprime las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades, (UVMI) y en el Artículo 2 expone la constitución, composición y funciones de los Equipos de Valoración de Incapacidades. (EVI). La función calificadora corre a cargo del INSS a través de su órgano colegiado creado, el EVI, cuya propuesta del grado de IP tiene que ser necesariamente sancionada por el Director Provincial del INSS para la resolución del procedimiento
- La Orden de 18 de enero de 1996 dicta normas de aplicación y desarrollo que determinan el procedimiento a seguir para la actuación de la entidad gestora, INSS, en el ejercicio de las competencias asumidas.
- En la Ley 24/1997, se sustituye “Grados de invalidez”, por “Grados de incapacidad” y se clasificará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado en el desarrollo de la profesión que ejercía o del grupo profesional en que aquella se encuadraba. El Art. 7.1 establece que los pensionistas por IP en el Sistema de la SS, cuando los beneficiarios cumplan 65 años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación.

6.7.2 Valoración de la IP y calificación del grado

La IP, significa una reducción definitiva en la capacidad laboral de un trabajador, estando contemplado en la legislación del Sistema de Seguridad Social de España, una protección con derecho a pensión contributiva, bajo determinadas condiciones, al sufrir la persona un proceso derivado de enfermedad o accidente. La IP originariamente se cubría con diferentes seguros de accidentes de trabajo o seguros de enfermedad, así consta por ejemplo, en el Reglamento de la Ley de Accidentes del trabajo en la Industria aprobado por Decreto de 31 de enero de 1933, así el Art. 11 considera cuatro clases de incapacidades: a) temporal, b) permanente parcial para la profesión

habitual, c) permanente y total para profesión habitual, y d) incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo.

Una de las maneras por las que concluye la IT es mediante el paso a IP. La IP es una contingencia protegida por el Sistema de la Seguridad Social. Es la situación de un trabajador que ha permanecido en IT precisando asistencia médica y seguido tratamiento, pero está imposibilitado para trabajar. Es decir alteración prolongada de la salud, de una persona que realiza una concreta actividad laboral. La duración de la IP es ilimitada, aunque la calificación de permanente, no impide la posibilidad de recuperación, si la situación se estima como incierta, o a largo plazo.

En el caso de accidente de trabajo, al igual que en la enfermedad profesional, la IP tiene repercusión económica específica.

Existen enfermedades o lesiones que con las técnicas terapéuticas actuales no se llega a la reversibilidad de la capacidad laboral. Esta situación de incapacidad laboral en que no se produce la curación completa o el estado residual después del tratamiento no permite la reincorporación al trabajo es lo que se denomina IP. La LGSS establece que en la modalidad contributiva es IP “La situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales, graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyan o anulen su capacidad laboral dando lugar a distintos grados de incapacidad”. Artículo 136.1 del TRLGSS.

¿Cómo se accede a la IP?

Hasta 1956: Decisión administrativa. De 1956 a 1968: se autoriza a las Delegaciones Provinciales del Mutualismo Laboral y la Mutualidad General Agraria, la formación de Tribunales Médicos, para reconocer la invalidez, dictaminaban, no calificaban. Existían entre otros: Tribunales Médicos designados por el servicio de Mutualidades laborales para calificar invalidez o incapacidad y otorgar prestaciones, Tribunal Médico Central de Enfermedades profesionales, Servicios Médicos del Fondo Compensador que dictaminaban sobre incapacidades permanentes, etc.

De 1968 a 1982: Los Tribunales Médicos pasaron a ser CTC, con una Comisión Técnica Central y Comisiones Técnicas Provinciales gestionadas desde las Mutualidades laborales por Decreto 2186/1968. De 1982 a 1985: Comisión de Evaluación de Incapacidad (CEI). A partir de 1996 Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

Grados de IP.

La calificación del grado de incapacidad relaciona dolencias, secuelas y capacidad laboral y cómo influyen en la aptitud para el trabajo. Cualquiera que sea la causa de la Incapacidad Permanente, en el RD Legislativo 1/1994 se especifican los Grados de “invalidez” permanente y los define, teniendo cada uno de ellos su correspondiente prestación:

IP Parcial para la profesión habitual. Ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33 % en el rendimiento normal en su profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma. En realidad es la merma, quebranto o disminución de la capacidad de trabajo. Para que haya incapacidad el rendimiento tiene que tener una disminución sensible, grave y manifiesta, lesión que aunque no impida los quehaceres de su trabajo implique menor rendimiento cuantitativo o cualitativo o más penoso o peligroso el trabajo habitual. La jurisprudencia no aprecia incapacidad si las lesiones no afectan al rendimiento en otro puesto de trabajo de igual categoría.

IP Total para la profesión habitual: la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Es decir si no puede realizar las tareas básicas que el trabajo exige, con un mínimo de profesionalidad y eficacia, o si el hacerlas genera riesgos adicionales y superpuestos a los normales de su trabajo.

Cuando se utiliza el concepto de “Profesión habitual”, nos encontramos con algo impreciso, ¿profesión, puesto, tarea...? No hay que confundirlo con grupo o categoría profesional, no es solamente un determinado puesto de trabajo, ni a la concreta categoría profesional, sino a la profesión en sí misma, la desempeñada habitualmente, la realmente ejercida, teniendo en cuenta el conjunto de tareas específicas que venía desarrollando, y en nuestro estudio se trata de los funcionarios del CNP.

IP Absoluta para todo trabajo: la que inhabilite por completo al trabajador para todo tipo de trabajo, para toda profesión u oficio. Esto ha de entenderse como pérdida de la aptitud psicofísica necesaria para poder desarrollar un trabajo con la necesaria continuidad, dedicación, profesionalidad, rendimiento y eficacia exigibles, o las condiciones del trabajador, no le permiten mantener un esfuerzo que supone la disciplina de cualquier trabajo. No puede pues realizar cualquier actividad laboral por la naturaleza de las limitaciones que le generan los padecimientos. Esto significa, que además de la incapacidad para su profesión, no tiene la capacidad residual mínima necesaria para otro trabajo, por lo que cualquier otro trabajo estaría contraindicado desde el punto de vista médico y legal. Algunas enfermedades por sí solas no son incapacitantes, pero lo son cuando se asocian con otras. Las limitaciones pueden afectar a una o a varias funciones o puede presentar un riesgo para él mismo o para terceros. No existen baremos para poder realizar esta valoración, y no se deben utilizar los de las minusvalías para pensiones no contributivas, ya que hay que tener presente que minusvalía e IP absoluta, no tienen generalmente la misma equivalencia. La iniciación de una IP absoluta deberá estar documentalmente probada en la valoración médica, indicando tratamientos seguidos y resultados, o que se han agotado las posibilidades terapéuticas, y la repercusión personal, socio-familiar y laboral.

Gran Invalidez, que es la situación de trabajador afectado de Incapacidad Permanente y que por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales necesite la asistencia de otra persona para los “actos más esenciales de la vida” tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. El Tribunal Supremo (26 de junio de 1978), dice que es el preciso para “la satisfacción de una necesidad primaria e ineludible para poder fisiológicamente subsistir o para ejecutar aquellos actos indispensables en la guarda de la dignidad, higiene y decoro”. La necesidad de auxilio de tercera persona al estar imposibilitado para cuidar de sí mismo es un factor determinante de la Gran invalidez, ya que la precisa para los actos esenciales de la vida. No es un grado superior de incapacidad, es un complemento que se suma a la IP, es una prestación asistencial. Es preciso pues, en este grado, establecer la patología, las limitaciones y las repercusiones en la capacidad mínima para realizar los actos más esenciales.

En el caso de algunas enfermedades mentales, puede estar indicado reconocer la Gran Invalidez, cuando esté en peligro la propia vida y/o la de terceras personas, en intentos de suicidio, en alteraciones graves de conducta,

y del pensamiento... ya que en este grado de incapacidad, de actos esenciales debe considerarse no son sólo la comida, el aseo, o el desplazamiento.

Lesiones permanentes no invalidantes: producidas por accidente de trabajo o enfermedad profesional que dé lugar a incapacidad. Hay un Baremo de lesiones, mutilaciones y deformaciones de carácter definitivo y no invalidante previsto en la LGSS causadas por AT o EP, periódicamente se actualiza, (Orden de 5 de abril de 1974; Orden TAS/1040/2005; Orden ESS/66/2013).

En el RD 375/2003, del Reglamento General de Mutualismo Administrativo, Art. 109, “Las lesiones, mutilaciones y deformidades, así como las limitaciones para el desempeño de las funciones del cuerpo, escala o plaza a que pertenezca el mutualista causadas por enfermedad profesional o en acto de servicio o como consecuencia de él, sea por accidente o por riesgo específico del cargo, que tengan carácter definitivo y que, sin llegar a suponer la jubilación del funcionario por incapacidad permanente para el servicio, constituyan una alteración o disminución de la integridad física de éste, darán derecho a la percepción, por una sola vez, de una indemnización”.

1.2. Requisitos para la IP

En el análisis del art, 136.1 del TRLGSS, vemos que la IP se supedita a una serie de requisitos. Tiene que haber:

- 1) Una grave alteración de la salud, para que se pueda declarar la situación de incapacidad permanente y que este estado patológico, incida de forma importante disminuyendo o anulando la capacidad laboral, la capacidad profesional, ya tenga su origen en accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad común o en accidente no laboral, porque si pudiera desempeñar su actividad laboral como venía haciendo o apenas disminuyera su rendimiento en el trabajo, no sería una incapacidad permanente. Además el trabajador debe haberse sometido a tratamiento, y estar en situación de incapacidad temporal previa, aunque esto no es siempre necesario, ya que el expediente se puede iniciar a petición del interesado. Se requiere no sólo el diagnóstico de la enfermedad, física o psíquica (tenga ésta o no, base orgánica), sino también sus manifestaciones y

repercusiones funcionales, sin olvidar los riesgos para la propia persona y/o para terceros, todo ello suficientemente documentado.

- 2) Alteración de la salud susceptible de determinación objetiva según consta en el TRLGSS. Es decir, el diagnóstico. La determinación objetiva, clara y concreta muchas veces en medicina no puede realizarse al no ser una ciencia exacta, y más en los casos de enfermedades mentales de difícil objetivación con medios instrumentales, y que pueden ser diagnosticadas como enfermedades invalidantes.
- 3) El carácter de permanencia de la alteración de la salud, definitiva o presumiblemente definitiva, es decir imposibilidad de curación total o de mejoría desde el punto de vista médico, mediante los oportunos tratamientos. Se puede el proceso haber estabilizado en la gravedad o evolucionar por brotes, con periodos asintomáticos. Las secuelas invalidantes tienen que ser irreversibles. Dados los avances de la medicina, y las posibilidades terapéuticas, en la propia ley consta la posibilidad de revisar el proceso.
- 4) Capacidad laboral, disminuida o anulada, relacionado con la alteración de la salud y la permanencia de la alteración, que imposibilita o limita. No sólo la enfermedad y las secuelas sino también el déficit que provocan, orgánico o funcional del trabajador, su desempeño laboral, productividad o rendimiento, calidad seguridad propia y de terceros, en el trabajo concreto que venía realizando.
- 5) Haber sido dado de alta médica. Puede parecer una incongruencia, porque alta médica sugiere e indica que la persona está apta para volver al trabajo, cuando lo que el artículo de esta Ley aquí expresa es el inicio de la propuesta de una IP. No obstante en la modificación del artículo 134 en la Ley 30/1994 dice que, no será necesaria el alta médica para la valoración de la invalidez permanente en los casos en que concurran secuelas definitivas.
- 6) Deberá cumplir ciertos requisitos legales de afiliación y alta del trabajador, al sobrevenir las contingencias, son determinantes para poder tener derecho de acceso a prestaciones.

La LGSS (RD Legislativo 1/1994) en las Condiciones del derecho a prestaciones, Art. 124.1 “Las personas incluidas en este campo de aplicación de este Régimen General causarán derecho a las prestaciones del mismo cuando, además de los particulares exigidos para la respectiva prestación reúnan el requisito general de estas afiliadas y en alta en este Régimen o en situación asimilada al alta al sobrevenir la contingencia o situación protegida, salvo disposición legal expresa en contrario”. Lo que sugiere la pregunta de si están protegidas las lesiones padecidas antes de la afiliación. El Art. 115.2.f) dice que tendrán consideración de accidente de trabajo, “Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agravan como consecuencia de su lesión constitutiva del accidente”.

6.8 Seguridad Social, Regímenes Especiales y Mutuas

Los sistemas públicos de salud en España están gestionados uno, por las CCAA y el otro, el Laboral, por las Mutuas, financiado por la Seguridad Social y con responsabilidad en la gestión de la Incapacidad Laboral.

El Ministerio de Sanidad tiene autoridad sobre algunos ámbitos, y la Administración Central del Estado. Los Institutos Nacionales de la Salud y de los Servicios Sociales, hoy se denominan; Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Estos Institutos han traspasado sus competencias a todas las Comunidades Autónomas, excepto las ciudades de Ceuta y Melilla.

La descentralización administrativa en competencias sanitarias recae en las CCAA, aunque la solicitud de IP sigue trámites semejantes: petición: propia, del médico de cabecera, o del especialista que lo trata, Inspección médica, EVI, Mutua, Empresa, y se hace a la Dirección Provincial del INSS.

6.8.1 Entidades Gestoras y Colaboradoras

Entidades gestoras. Son aquellas que se ocupan de la gestión y administración de la Seguridad Social, y respecto de las bajas por incapacidad temporal, son: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) en lo referente a prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina (ISM), y el Sistema Público de Salud (SPS), uno en

cada CCAA con competencias transferidas. El INSS y el SPS tienen médicos inspectores.

Entidades colaboradoras. Colaboran en la gestión del Sistema de Seguridad Social, son las Mutuas, y pueden serlo también asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas.

6.8.2 Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Es una entidad gestora de la Seguridad Social con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social, con excepción de aquellas cuya gestión esté atribuida al Instituto de Migraciones y Servicios Sociales o servicios competentes de las CCAA, así como el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria con independencia de que la legislación aplicable tenga naturaleza nacional o internacional.

En la estructura del sistema público de la SS, existe, (posiblemente, con justificación histórica), el Régimen General (que son los trabajadores por cuenta ajena) los Regímenes Especiales (trabajadores autónomos (RETA), incluidos los del antiguo Régimen especial Agrario, del Mar, Empleados del hogar, Minería del carbón, Estudiantes) y Funcionarios también como régimen especial.

El Sistema Nacional de Salud, opera principalmente dentro de sector público. Las competencias en salud están transferidas en su totalidad a las Comunidades Autónomas desde finales del año 2002, existiendo 17 departamentos de salud o consejerías de sanidad, con jurisdicción y en la organización y prestación de servicios sanitarios en el marco geográfico de su CCAA, y un Servicio Regional de Salud.

6.8.3 Comunidades Autónomas (CCAA)

Las CCAA, están regidas por multitud de Disposiciones, Leyes, Decretos, Órdenes y Resoluciones, además de Planes de salud autonómicos. Las transferencias a las CCAA se rigen por el artículo 143 de la Constitución y ha sido posible, porque las CCAA modificaron en los últimos años sus

Estatutos para poder aceptar la transferencia, ya que las. Primero se realizaron de forma individualizada, y en el año 2001, diez CCAA, lo negociaron con criterios homogéneos.

El marco que regula los servicios de salud en todas las CCAA es la LGS 14/1986. Posteriormente se aprobó el 14 de mayo de 2003, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que complementa la LGS.

Las CCAA han asumido competencias en materia de prestación de servicios sanitarios dentro de su ámbito territorial, teniendo distintas opciones organizativas, planes sanitarios y fórmulas de gestión.

- Andalucía: (Transferencia por RD 400/1984). Por la Ley 8/1986 se crea el Servicio Andaluz de Salud (SAS), como organismo autónomo de carácter administrativo adscrito a la Consejería de Salud. La Ley 2/1998 de Salud en Andalucía, deroga en parte la anterior ley.
- Aragón. (Transferencia por RD 1475/2001). El Sistema Aragón de Salud está regulado por la Ley 6/2002 y el Decreto Legislativo 2/2004, que aprueba el texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.
- Asturias. (Transferencia por RD 1471/2001) Con anterioridad, la Ley 1/1992 crea y regula el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Islas Baleares. (Transferencia por RD 1478/2001). Servicio de Salud de las Islas baleares (B-SALUD). Ley 4/1992; Ley 20/2001 y Ley 5/2003, que define el Servicio de Salud en su artículo 64 como ente público de carácter autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio.
- Canarias. (Transferencia por RD 446/1994). Servicio Canario de Salud (SCS). Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria del Servicio Canario de Salud.
- Cantabria. (Transferencia por RD 1472/2001). Varias leyes del Servicio Cántabro de Salud. Ley 10/2001; Ley 6/2002; Ley 7/ 2002.
- Castilla La Mancha. (Transferencia por RD 1476/2001). Ley 8/2000 de Sistema Sanitario de Castilla La Mancha (SESCAM). El Servicio de Salud está adscrito a la Consejería competente en materia de Sanidad.

- Castilla y León. (Transferencia por RD 1480/2001) Ley 1/1993 de Ordenación del Sistema Sanitario e Castilla y León (SACYL); Ley 8/2003. La Gerencia Regional de Salud, ente público institucional, está adscrita a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Cataluña, fue la primera CCAA a la que se traspasaron las competencias en Salud en 1981. (Transferencia por RD 1517/1981). El modelo sanitario catalán se definió con la Ley 15/1990 de ordenación Sanitaria de Cataluña; La Ley 11/1995 modifica parcialmente la anterior. Las funciones del EVI en Cataluña las asume el ICAM (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias).
- Extremadura. (Transferencia por RD 1477/2001) Servicio Extremeño de Salud (SES).
- Galicia. (Transferencia por RD 1678/1990). Servicio Gallego de Salud (SERGAS); Ley 7/2003 de Ordenación Sanitaria de Galicia.
- Madrid. (Transferencia por RD 1479/2001). Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Ley 9/1984 crea los Servicios Regionales de Salud y Bienestar Social y el Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social; Ley 2/1998; Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Murcia. (Transferencia por RD 1474/2001).Servicio Murciano de Salud (SMS). Ley 2/1990 crea el Servicio de Salud de la Comunidad de Murcia; Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia. Las competencias se las atribuye la Constitución y su Estatuto de Autonomía.
- Navarra. (Transferencia por RD 1689/1990). Ley 10/1990, de Salud de Navarra. Desde 1998 disponen en Navarra de un Registro de Incapacidad Temporal (RITA) de carácter poblacional, continuo y exhaustivo para el tratamiento informático de los partes de baja y alta por enfermedad común y accidente no laboral. Por recodificación automática establecen la relación de CIE-9-MC y CIAP-2. (35).
- La Rioja. (Transferencia por RD 1473/2001). La Ley 4/1991 crea el Servicio Riojano de Salud; y la Ley 2/2002, de normas reguladoras.
- País Vasco. (Transferencia por RD 1536/1987). Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria en Euskadi.

- Comunidad Valenciana. (Transferencia por RD 1612/1987). Ley 3/2003 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, encuadrada en la Ley General de Sanidad y las Leyes 15/1997 y 2/2002.

Las funciones del EVI en Cataluña las asume el ICAM (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias) que es un organismo autónomo administrativo adscrito al Departamento de salud y se rige por sus estatutos. Tiene personalidad jurídica propia, autonomía administrativa y financiera. La misión es la gestión de los procesos médicos y sanitarios en materia de incapacidad laboral. En la actividad de control de IT, los expedientes finalizan con alta por IP en 30%. La Resolución de 23 de junio de 2010 de MUFACE, publica el consorcio de colaboración con el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas para la prestación de funciones de asesoramiento e informe.

6.8.4 Mutuas (MATEPSS). Desarrollo y competencias

Las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social, son asociaciones de empresarios, de carácter voluntario. El empresario, o el autónomo, pueden elegir tener la cobertura con las Entidades Gestoras, o con una Mutua.

Autorizadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Colaboran con la Seguridad Social en la gestión de las contingencias profesionales y las contingencias comunes. Los Médicos de las Entidades Gestoras y los de las Mutuas, pueden emitir propuesta de IP.

La creación de las primeras Mutuas, coincide con la publicación de la Ley Dato de 30 de enero de 1.900, Ley de accidentes de trabajo, el RD de 28 de julio de 1900, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de esta Ley y la OM de 10 de noviembre de 1900, por la que el Estado legisla en beneficio de los trabajadores, aspectos que comienzan a definir lo que es una Mutua. La Ley de 6 de diciembre de 1941, define las Mutualidades y Montepíos laborales de previsión social.

Se las denomina (eliminando el término “patronal”), como Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social,

en la Ley 4/1990 de Presupuestos Generales del Estado para 1990, en la Disposición Adicional Decimocuarta. Uno.

El régimen jurídico básico de estas Entidades, viene establecido en los artículos 68 a 76 del TRLGSS, (RD Legislativo 1/1994, por el que se aprueba el TRLGSS), la Ley 42/1994, de medidas fiscales, administrativas y de orden social reforma el TRLGSS en lo que atañe a la regulación de las Mutuas en el Artículo 39 y por RD 1993/1995, se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social MATEPSS. Este texto ha sufrido diversas actualizaciones, la última RD 625/2014.

En el TRLGSS, en la Sección Cuarta, del Capítulo VII del Título I, Subsección 1ª se refiere a las Entidades colaboradoras (Art. 7.1) “La colaboración en la gestión del sistema de la Seguridad Social se llevará a cabo por Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y por empresas...” En la Subsección 2ª Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, y en el Art. 68.1 las define como “...asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social”.

Así pues, las Mutuas tienen, desde 1995 un papel en los procesos de Incapacidad temporal por contingencia común a partir del día decimosexto de la baja en las empresas que así lo decidieron.

Se consideran MATEPSS, las asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que con tal denominación se constituyan, sin ánimo de lucro y con sujeción a las normas reglamentarias que se establezcan, por empresarios que asuman al efecto una responsabilidad mancomunada y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que le sean legalmente atribuidas.

La Ley 47/2003, General presupuestaria, dice: Art. 2.1. A los efectos de esta Ley forman parte del sector público estatal: d) Las Entidades Gestoras, Servicios Comunes y las MUTUAS de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social en su función pública de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

RD 428/2004, modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las MATEPSS.

La Ley 35/2014, modifica el TRLGSS en relación con el régimen jurídico de las MATEPSS, conocida como ley de Mutuas. Esta Ley pretende cubrir lagunas existentes, integrar normas, modernizar el régimen jurídico de aplicación. Así modifica la Subsección 2ª de la Sección Cuarta, del Capítulo VII de Título Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, Los Art. 68 y siguientes en cuanto a: naturaleza jurídica de las Mutuas, funciones que desarrollan, contingencias o prestaciones que gestionan, actividades preventivas de seguridad Social; la nueva regulación facilita a las Mutuas la facultad de realizar las actividades de control y seguimiento desde la baja médica, y prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes. En conjunto esta ley, define la naturaleza jurídica de las Mutuas, las funciones que las mismas desarrollan y detalla las diferentes contingencias o prestaciones que gestionan, en concordancia con el Art. 72 de la LGSS. También aclara que todas las prestaciones y servicios que las Mutuas dispensan son prestaciones y servicios de la Seguridad Social.

La Orden ESS/1187/2015, desarrolla el RD 625/2014, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. El Art. 4.2. d) sobre los procesos de duración estimada larga, “En todo caso, independientemente de cuál fuera la duración estimada del proceso, el facultativo expedirá el alta médica por curación o mejoría que permite realizar el trabajo habitual, cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral, o por propuesta de incapacidad permanente” Los procesos de duración estimada larga son los de 61 o más días naturales. La expectativa de duración de la baja es muy compleja en la práctica, basadas en las tablas de “duración óptima”.

Así pues por el RD 625/2014, la Ley 35/2014, y La Orden ESS/1187/2015, se entrega a “la Patronal”, a las Mutuas el control de las bajas laborales de la casi totalidad de los trabajadores españoles, y parte de las competencias del SNS gestionadas por las 17 CCAA y el INGESA (Ceuta y Melilla), además las Mutuas pueden indicar por propia iniciativa, tanto pruebas como tratamientos. Esto puede ser preocupante para especialidades como por ejemplo la Psiquiatría y la prescripción de tratamientos por las Mutuas. También las Mutuas tendrían acceso a la totalidad de la historia clínica de

todos los trabajadores pertenecientes al Sistema de la Seguridad Social hayan estado de baja o no en algún momento. Estos extremos constan en una nota difundida el 30 de junio de 2015, por la Federación de Asociación de Inspección de Servicios Sanitarios (FAISS).

6.8.5 Regímenes Especiales

El RD Legislativo 1/1994, que aprueba el Texto refundido de la LGSS, en Regímenes especiales, art. 10.2 c) considera regímenes especiales a los Funcionarios públicos, civiles y militares, que se regirán por leyes específicas.

Durante la vida laboral los funcionarios del Estado se enfrentan al riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente que pueden originar incapacidad para trabajar, es decir merma o ausencia de salud con una imposibilidad derivada para desarrollar el trabajo habitual. Es en este caso el sistema de protección Clases Pasivas Civiles del Estado, el que establece el derecho a una pensión si el trabajador tiene incapacidad/invalidez, para seguir trabajando.

Dentro del Mutualismo existen tres Regímenes distintos: Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (RSSFCE), El de los Funcionarios de la Administración de Justicia (RSSFAJ), y el de las Fuerzas Armadas (RSSFA), gestionados por tres Entidades Gestoras: MUFACE, MAGEJU e ISFAS. La afiliación o incorporación es obligatoria, deberá realizarse de oficio en el momento de toma de posesión del cargo cuando adquieran la condición de funcionario o sean rehabilitados en dicha condición. La permanencia obligatoria a la Mutualidad se produce pues desde la toma de posesión por imperativo legal.

La prestación de asistencia sanitaria es a través de conciertos con Entidades de Seguro privadas o con el SNS. Se exige que el mutualista opte por una de ellas y la expedición de la correspondiente tarjeta sanitaria, pudiendo disfrutar desde ese momento él y sus beneficiarios de la asistencia sanitaria en la modalidad elegida por el mismo. También tienen los mutualistas servicios sociales y asistencia social.

Las mutualidades de funcionarios, se rigen por normativa específica, tienen su propia legislación, y su propio modelo de protección sanitaria, a diferencia de los demás regímenes especiales como son por ejemplo, el Agrario, el de Autónomos, la Minería del Carbón.

Tradicionalmente los funcionarios tenían cobertura sanitaria con entidades concertadas con compañías privadas, procediéndose posteriormente a la integración en cuatro entidades: MUFACE, MUGEJU e ISFAS. MUNPAL que era para los funcionarios de Administración pública y fue integrada en el Régimen General de la SS.

Son una excepción al sistema general son las Mutuas con hasta tres regímenes especiales distintos: MUFACE (para funcionarios civiles del Estado), MUGEJU (para funcionarios al servicio de la Administración de Justicia), e ISFAS (para los miembros de las Fuerzas Armadas), que atiendan a funcionarios públicos y a sus beneficiarios y deben garantizar el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Se rigen por normativa específica para cada una de las tres, y la LGSS las contempla en el ámbito de regímenes especiales. El encuadramiento se produce de una forma automática, y es protegido específicamente. La Administración creó los sistemas de protección social de los funcionarios públicos, cuando la Seguridad Social no existía, y con prestaciones del Régimen de Clases Pasivas. La normativa que regula los derechos de los funcionarios es abundantísima a lo largo del tiempo con multitud de disposiciones, tantas, que a veces se solapan.

En los casos de incapacidad laboral, la duración máxima para las tres Mutualidades es prácticamente idéntica a la establecida para el Régimen General de la Seguridad Social, y desde el momento en que la enfermedad o la lesión le van a impedir desarrollar su labor como funcionario, el órgano competente para declarar el pase a jubilación, iniciará a instancia del interesado o de oficio el procedimiento de IP. El funcionario será valorado por el Equipo o la Unidad de Valoración de Incapacidades Permanentes a la que la Mutualidad encomienda esa función que determinará si no es apto o si se puede esperar recuperación que le permita incorporarse al trabajo. La Orden PRE/1744/2010, es por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de IT, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. Consta en esta disposición los modelos de partes médicos y demás requisitos.

Los grados de IP son los mismos que en el Régimen General de la SS.

MUFACE, que es obligatoria para los funcionarios de carrera de la administración civil del estado, quiso acordar en su momento que el INP

prestara servicios sanitarios a sus mutualistas, y ante la negativa, MUFACE concertó con entidades privadas, compañías con dispositivo asistencial en todo el territorio nacional. La adscripción de los funcionarios fue obligatoria hasta 1984 y desde entonces los funcionarios pueden acceder al sistema sanitario público, asistencia sanitaria de la SS. MUFACE atiende a enfermedad común, accidente no laboral y embarazo y parto, a la enfermedad profesional y al accidente en acto de servicio. Hay diferencias con el SNS, en cuanto al acceso a prestaciones: diferente aportación en el pago de medicamentos, posibilidad de elegir la entidad responsable de la cobertura de servicios sanitarios, o la asistencia en el extranjero.

En 2010 MUFACE puso en marcha un sistema integral, dotado con las consiguientes herramientas informáticas, permite al personal de las administraciones volcar los datos de los mutualistas relativos a sus licencias por incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural y solicitar a MUFACE los reconocimientos médicos de controles de la incapacidad temporal necesarios y previstos en la normativa. Este sistema ha sido programado expresamente para 2012 y pone a disposición de MUFACE el asesoramiento facultativo derivado de los reconocimientos médicos en INSS.

Mediante este procedimiento, trata de reducir la incidencia y la prevalencia de las situaciones de IT al mejorar el control y seguimiento mediante la realización de reconocimientos médicos oportunos solicitados por MUFACE al cuarto, décimo y decimosexto mes de licencia por enfermedad. También permite acelerar el trámite de jubilación por IP en aquellos casos en que no sea previsible una mejoría suficiente de su proceso patológico en el plazo máximo de IT.

Los mutualistas también pueden solicitar el reconocimiento médico contradictorio cuando se le deniega la licencia por haber contradicción entre el Parte de baja emitido por el médico asistencial, y el informe emitido por las Unidades médicas que dependan o colaboren con el órgano de personal competente para expedir la licencia. Este reconocimiento tendrá carácter vinculante.

El reconocimiento médico lo realizan los médicos de las Unidades Médicas de las Direcciones Provinciales del INSS, las cuales determinan si el mutualista debe continuar en IT, Alta, o inicio de procedimiento de IP.

En la Revista MUFACE, N° 219/2012, dice: “El análisis de los resultados de los reconocimientos finalizados pone de manifiesto que tras la valoración médica, en el 58’90% de los casos, la situación de IT debe mantenerse; en un 20,14% de los casos, alta médica; en un 16,13% de los casos el mutualista no se presentó al reconocimiento; y en un 4,52% de los casos, la Unidad Médica ha recomendado el inicio de procedimiento de IP.

6.9 Contingencias de la Incapacidad laboral

El ordenamiento de la SS de España, se ha estructurado desde sus orígenes en dos grandes ramas, en función de que la situación derive de contingencias profesionales o de contingencias comunes, es decir tengan o no relación con el trabajo.

En las contingencias profesionales:

- 1) Accidente de trabajo (AT) que es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (Art. 115 del TRLGSS). La lesión ha de ser producida con ocasión o como consecuencia del trabajo, es decir, tiene que haber nexo causal trabajo-lesión. Incluye también el accidente “in itinere”.
- 2) Enfermedad profesional (EP), que es contraída a consecuencia del trabajo por cuenta ajena... (Art. 116 del TRLGSS). Producida la enfermedad, de las tipificadas, hay una presunción “iuris et de iure” de que es profesional por lo que no se impone la prueba de relación de causalidad. Dolencias que pueden presentarse en un grupo determinado de trabajadores en una industria determinada con una tasa significativamente mayor que en la población general y contraída a consecuencia del trabajo por cuenta ajena en actividades especificadas en el cuadro de Enfermedades profesionales.

En las contingencias comunes (Art. 117 de TRLGSS):

- 1) Accidente no laboral, lesiones o alteración de la salud sucedidas fuera del ámbito laboral y que no son consecuencia directa del trabajo realizado.

- 2) Enfermedad común (Artículo 117.2 del TRLGSS) en que las alteraciones de salud no tengan la condición de AT ni de EP se puede presentar en cualquier persona.

6.9.1 Contingencias profesionales: AT y EP

Una Publicación del Instituto Nacional de Previsión, García Ormaechea, en el año 1933 se titula: El accidente de trabajo y la enfermedad profesional (66). Dice:

“La doctrina de la culpa no permitía indemnizar los accidentes de trabajo que ocurren sin culpa de nadie. Una estadística inicial acusaba que, de cien casos, el 97 por 100 ocurren de modo casual, sin posible imputabilidad al patrono ni al obrero... En cambio desde 1900 –fecha de la primera ley- hasta fin de junio de 1931, la jurisprudencia de accidentes de trabajo ha llegado a 2.500 sentencias”.

Para ayudar y proteger a más de 217 millones de trabajadores de la Unión Europea contra los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la Comisión Europea adoptó un plan estratégico para la seguridad y salud en el trabajo 2015-2020. (21). En él se definen tres retos y siete grandes objetivos estratégicos para la salud y seguridad en el trabajo. El marco proporciona las herramientas para poner en práctica las medidas, y se ha desarrollado “sobre la base de las conclusiones de la evaluación de la estrategia anterior de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2007-2012 sobre los resultados de una consulta pública sobre contribuciones de las partes interesadas en este ámbito”

6.9.1.1 Enfermedades Profesionales (EP)

Es uno de tantos riesgos del trabajo en determinadas profesiones, y es indispensable como en todo accidente de trabajo, establecer la relación de causalidad, para lo que el médico debe estar en posesión de conocimientos científicos especializados, y no ofrecerá duda cuando la naturaleza profesional de la dolencia sea clara, es decir, la relación de causa a efecto entre el trabajo y la enfermedad.

En 1987, expertos de la OMS y de la OIT, propusieron que “el concepto de enfermedades relacionadas con el trabajo se aplicase, no solamente a las

enfermedades profesionales reconocidas sino también a otros trastornos, a cuya aparición contribuyen, significativamente, como factores causales, el medio ambiente laboral y la realización del trabajo (Comité mixto OIT/OMS sobre salud en el trabajo 1989). En la reunión de la OIT en diciembre de 1991 en el dictamen de los expertos se incluía el proyecto de una nueva lista. (49). Pero ¿es fácil establecer si una enfermedad está relacionada con el trabajo? “Por una parte están las clásicas enfermedades de naturaleza profesional, por lo general vinculadas a un agente causal y relativamente fáciles de identificar; por otra, existen múltiples trastornos que carecen de una relación estrecha o específica con una profesión y pueden obedecer a numerosas causas. Muchas de estas enfermedades de etiología múltiple pueden estar relacionadas con el trabajo sólo en determinadas circunstancias... La diversidad de relaciones entre trabajo y enfermedad se tradujo (OIT, 1993) en el reconocimiento de las categorías siguientes: a) enfermedades profesionales reconocidas como tales y con una relación específica y poderosa con una profesión, debidas, por lo general, a un único agente causal, b) enfermedades relacionadas con el trabajo, de etiología compleja, debidas a múltiples agentes causales, de cuya evolución pueden ser factores coadyuvantes las condiciones del medio ambiente de trabajo, combinadas con otros factores de riesgo, y c) enfermedades que aquejan a la población trabajadora, que, si bien carecen de un nexo causal con el trabajo, pueden verse agravadas por los riesgos sanitarios de origen laboral”.

RD 1299/2006, aprueba “Cuadro actualizado en enfermedades profesionales en el sistema de la SS”.

En Israel, “el sistema de indemnización por accidentes de trabajo se aplica de forma obligatoria a todas las empresas, que deben asegurar a sus trabajadores (excepto los miembros de la policía, los funcionarios de prisiones, y los empleados de la defensa)”.

Los daños psíquicos no figuran contemplados en España en el listado de enfermedades profesionales, por lo tanto, no pueden admitirse como tales. No obstante la aplicación del artículo 115 de la LGSS permite que se indemnice como accidente de trabajo, cuando se pruebe que la enfermedad es debida exclusivamente al trabajo, con lo cual la carga de la pruebas sobre la etiología recae sobre el enfermo. Según el Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROOSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo

(PANOTRATSS) en su Informe anual 2010, dice que en ese año se reconocieron 191 casos de este tipo.

25 de marzo de 2010, el Consejo de Administración de la OIT en la 307ª Reunión, aprobó una nueva lista de Enfermedades profesionales. En ella se recogen por primera vez los Trastornos mentales: 2.4. Trastornos mentales y del comportamiento, 2.4.1. Trastorno por Estrés Postraumático, 2.4.2. Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados el punto anterior, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y las prácticas nacionales un vínculo directo entre la exposición a los factores de riesgo que resulta de las actividades laborales y el (los) trastorno (s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador”, es decir, las nuevas situaciones de estrés y presión laboral.

Las estimaciones de la OIT, en el día mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo 28 de abril de 2013, son que en el mundo se producen al año más de 2'3 millones de accidentes mortales relacionados con el trabajo, y unos 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales.

En España, en 2012, según el CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la SS, las patologías, causadas por el trabajo, enfermedades profesionales (EP): 16.841, mientras que la PANOTRATSS (Comunicación de Patologías No Traumáticas causadas por el trabajo), es decir, enfermedades relacionadas con el trabajo: 8.547, cifras inferiores al año 2010.

El concepto de Enfermedad Profesional, plantea desafíos, debido a su complejidad pueden tener largos periodos de latencia, la unión de factores laborales y extra laborales. Añaden dificultades incluso en la prevención Tiene un carácter legal.

6.9.1.2 Accidentes de Trabajo (AT)

En el Reglamento de la Ley de Accidentes del trabajo en la Industria aprobado por Decreto de 31 de enero de 1933, en el Capítulo II De las Incapacidades e Indemnizaciones por accidentes de trabajo, el Art. 15 dice que se considerarán como incapacidades permanentes y absolutas para todo tipo de trabajo, aquellas que inhabiliten por completo al obrero para toda profesión u oficio, y en el apartado e) dice: “Lesiones orgánicas y funcionales del cerebro

y estados mentales crónicos (psicosis crónicas, estados maniáticos y análogos), causados por el accidente, reputados como incurables y que, por sus condiciones impidan al obrero dedicarse a cualquier clase de trabajo”.

Según el Artículo 115 de la LGSS, es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute con cuenta ajena. En el caso de los autónomos, Artículo 3.2 del RD 1273/2003.

El hombre adulto desarrolla una actividad durante un tercio o más de su existencia: el trabajo. La mayoría de las alteraciones que están expuestos a sufrir los trabajadores, pueden ser producidas en otros ambientes y circunstancias.

El accidente de trabajo es un concepto jurídico, no médico. Como Médico: acción traumática, violenta acaecida durante el trabajo y por efectos de este y cuya consecuencia es la muerte, la incapacidad o la enfermedad, con gran impacto socio-económico y sanitario. El estudio estadístico de los accidentes, siempre ha sido complejo (no se declaran todos los que son y se declaran algunos que no lo son). Los “in itinere” distorsionan las cifras de siniestralidad laboral.

(Hay un sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de trabajo (Delt@)).

6.10 UMEVI, EVI, Procedimiento administrativo, trámites de IP

El **procedimiento administrativo** de trámites para realizar la evaluación, hasta llegar a la Resolución de IP, es un complejo proceso, en él confluyen tanto aspectos médicos como laborales, precisándose en los evaluadores conocimientos tanto médico-legales como técnico-socio-laborales; y ha sido definido a través de sucesivos textos legales de la LGSS, que ha venido dictando en su articulado, normas para su desarrollo reglamentario.

La competencia para declarar la situación de IP en cualquiera de sus grados a los efectos de reconocimiento de la prestación económica corresponde en la SS a las Direcciones Provinciales del INSS, según los dictámenes-propuesta de los EVI. El INSS puede en todo momento revisar la incapacidad y su grado ya declarada, mientras que el sujeto de IP no haya cumplido la edad máxima establecida para la pensión de Jubilación.

El RD 1300/1995 por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la SS, la Ley 42/1994, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, en su Art. 1.1., dice que “será competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social, cualquiera que sea la entidad gestora o colaboradora que cubra la contingencia de que se trate: a) evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por invalidez permanente, en sus distintos grados, así como determinar las contingencias causantes de la misma.

El Art. 2 de este RD, de Constitución y composición de los EVI dice que en cada Dirección provincial del INSS y con encuadramiento orgánico y funcional en la misma, se constituirá un EVI, o más de uno si “el número de casos a resolver o las características de algún sector laboral, así lo aconsejen”, y el régimen de funcionamiento es el establecido en el Capítulo II del Título II de Órganos Colegiados de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

| |
|--|
| 6.10.1 Unidades Médicas de los EVI (UMEVI) |
|--|

Tienen como funciones: examinar la incapacidad de los trabajadores, seguimiento de los procesos y control de la IT, evaluar riesgos en embarazo y lactancia, determinación de contingencias, asistencia técnica a letrados del INSS en litigios sobre materias conexas, SOVI, Síndrome tóxico, funcionarios civiles del Estado, Víctimas de terrorismo, etc.

Se han tenido que poner en práctica una serie de medidas de procedimiento, y entre ellas el denominado ATRIUM, que es el Aplicativo al Trabajo Informatizado de las Unidades Médicas del INSS, y es porque no existía en las Direcciones provinciales del INSS un procedimiento homogeneizado del trabajo realizado por las Unidades Médicas. Se creó este procedimiento informático que permite además seleccionar para citar a reconocimiento médico a los trabajadores con criterios adecuados. También a través del sistema RED, Remisión Electrónica de Datos, de esta forma, las empresas incorporadas a este medio podían utilizarlo para remitir a la Entidad Gestora o a la Mutua la copia de los partes médicos relativos baja o alta que presenten los trabajadores.

Composición de las UMEVI: Un Médico evaluador jefe, Médicos evaluadores: Inspectores médicos con o sin especialidad clínica, y una sección administrativa de apoyo.

Competencias:

- a) En materia de IP: 1) Elaboración del Informe Médico de Síntesis; 2) Asesoría Médica al Cuerpo de Letrados de la Seguridad Social en aquellos casos en los que el INSS sea parte, 3) Asistencia como vocal médico del INSS a las sesiones de los EVI; 4) Realización de reconocimientos médicos en centros asistenciales o domicilios de aquellos pacientes que por su situación clínica no puedan desplazarse.
- b) En materia de IT: 1) Control de asegurados en situación de IT de pago directo y pago delegado en el ámbito del INSS; 2) Elaboración del informe médico de evaluación de la IT en el mes 12 desde el inicio de la misma con propuesta al EVI de alta, prórroga de IT o inicio de expediente de IP; 3) Reconocimiento médico de pacientes en situación de IT del ámbito de cobertura de las Mutuas con propuesta de alta denegada o no contestada en plazo por el Servicio Público de Salud; 4) Reconocimiento de pacientes con una nueva IT en los seis meses siguientes a un expediente de IP denegado o por agotamiento del plazo máximo de la IT (18 meses) denegado (Art. 128 y 131 de la LGSS).

Funcionamiento: Estudio del historial clínico y pruebas complementarias existentes en el expediente, entrevista y reconocimiento físico del interesado, petición de informes y pruebas complementarias precisas a través de los conciertos suscritos con entidades públicas o privadas y elaboración del Informe Médico de Síntesis, para todos aquellos pacientes para los que sea precisa la emisión de un Dictamen Evaluador o Dictamen Propuesta por parte del EVI, entre otras muchas la declaración inicial de IP

6.10.2 Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI)

Los EVI existen en todas las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), excepto en Cataluña. El Ministerio de Trabajo e Inmigraciones, a propuesta del INSS, podrá acordar la constitución

de más de un equipo de valoración en aquellas Direcciones Provinciales en que el número de casos a resolver o las características de algún sector laboral así lo aconsejen.

Los equipos (como órganos colegiados) estarán formados por un presidente y cuatro vocales, con sus suplentes. Son nombrados por el Director General del INSS.

Composición: Presidente, que es el Subdirector Provincial de Incapacidades del INSS, o funcionario que designe el Director General del INSS. Vocales: Médico Inspector / evaluador de la UMEVI Médico Inspector del SPS de la CCAA, Facultativo médico del INSS, Inspector de trabajo y SS, existe la posibilidad de asistencia de otros vocales. Ejercerá las funciones de Secretario, un funcionario titular de la unidad encargada del trámite de las prestaciones de invalidez.

Funciones de los EVI:

1. Examinar la capacidad o incapacidad del trabajador y formular al Director Provincial del INSS el dictamen propuesta (preceptivo y no vinculante) referente a la anulación o disminución de la capacidad para el trabajo por IP en sus distintos grados, y también entre otras, el plazo de revisión de las mismas por agravación o mejoría, el carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad, prorrogar la situación de IT, demorar la calificación de IP una vez agotados los 18 meses, o proponer alta laboral.

2. Prestar asesoramiento y asistencia técnica en los procedimientos contenciosos a los letrados del INSS.

3. Realizar el dictamen propuesta en prestaciones de clases pasivas, Régimen Especial de trabajadores del mar y en Víctimas del terrorismo.

En cada una de las sesiones que realice el EVI, una vez analizados los expedientes, la calificación, el Dictamen Propuesta puede ser: Alta médica por curación; Prórroga de IT de 12 a 18 meses; Inicio de expediente de IP; No causa de IP por no alcanzar grado o por estar agotadas las posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas; Lesión permanente no invalidante; IP: Parcial, Total, Absoluta, Gran invalidez.

6.10.3 Procedimiento

La **iniciación** del procedimiento para evaluar la IP, Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del RD 1300/1995, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, puede realizarse:

- Art. 3. Iniciación de oficio. Las Direcciones provinciales del INSS: “por propia iniciativa cuando consideren que el trabajador se encuentra en un estado que pueda ser constitutivo de una situación de invalidez permanente...”, o “como consecuencia de petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social”, o bien “cuando reciban del Servicio de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social petición razonada junto con el alta médica de asistencia sanitaria, el historial clínico previo consentimiento del interesado, o de su representante legal, o, en defecto de dicho historial, el informe o dictamen médico de los cuales se deduzca la posible existencia de una situación constitutiva de invalidez permanente”. No es necesaria el alta médica, cuando concurren secuelas definitivas. Por la Ley 40/2007, de medidas en materia de Seguridad Social en el Art. 1. Incapacidad temporal, se modifica el apartado 1 del Art. 128, del TRLGSS, de este modo, las situaciones determinantes de IT, agotado el plazo de duración de doce meses, el INSS “a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses más o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica...” El Apartado 2 del Art. 131 bis dice: “cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo de dieciocho meses... se examinará necesariamente en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda”.
- Art. 4. Iniciación a solicitud del interesado, formulada en modelos normalizados y adjuntando documentación preceptiva; podrá aportar, si obra en su poder “copia original del historial clínico elaborado por el Servicio Público de Salud competente, o, en su caso, informe de la Inspección Médica de dicho Servicio, así como los historiales, pruebas y exploraciones complementarias de centros e instituciones sanitarias que considere conveniente”.

- Art. 5. Iniciación a solicitud de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social. A instancia una de las Mutuas (MATEPSS), se lleva a cabo conforme a una serie de normas, cuando alguna de las entidades colaboradoras considere, “por cualquier circunstancia que el trabajador se encuentra en un estado que pueda ser constitutivo de una situación de invalidez permanente, procederá a elaborar un expediente previo y pondrá todo ello en conocimiento del trabajador afectado...”. Elaborado el expediente previo, la entidad colaboradora “remitirá a la Dirección Provincial competente el escrito de iniciación con el informe sobre los hechos y razones que fundamentan la solicitud de iniciación. Dicho escrito irá acompañado del expediente previo y del historial clínico del interesado, previo consentimiento de éste, o de su representante legal” En el Art. 2 de IP, también se introducen modificaciones al apartado 2 del artículo 138 del TRLGSS.

La **instrucción** del procedimiento para evaluar la IP, (Sección 2ª. Artículos 7 a 12), se impulsa de oficio en todos sus trámites. “Las Direcciones provinciales del INSS competentes para la instrucción realizarán de oficio cuantas actuaciones resulten necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deben dictar la resolución, así como para la evaluación y calificación de la incapacidad, ordenadas al reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas por invalidez permanente”.

La Instrucción, requiere de actos e informes preceptivos: médicos y profesionales del trabajador.

Documentos e Informes Médicos: “Historial Clínico, remitido por el Servicio Público de Salud competente, haciendo constar el consentimiento del paciente, o de su representante legal, o en su defecto informe de la Inspección Médica de dicho Servicio, acompañado en su caso de la correspondiente alta médica de asistencia sanitaria cuando el procedimiento se inicie a petición razonada del citado Servicio” o por la MATEPSS, empresa colaboradora El Historial médico contiene los documentos, datos, valoraciones, informaciones, situación y evolución clínica del o de los procesos asistenciales que ha tenido el paciente. El alta médica no es precisa para la valoración de la IP, en los casos que concurren secuelas definitivas.

El Equipo Médico de UMEVI, reconoce al trabajador y valora los informes. El facultativo del EVI que haya de actuar como ponente del dictamen-propuesta, “aportará el informe médico consolidado en forma de síntesis, en el que quedarán recogidos el historial médico del Servicio Público de Salud, los informes de otros facultativos que haya aportado el interesado y, en su caso, el resultado de las pruebas complementarias...” y cuando las características clínicas del trabajador lo aconsejen o resulte imposible o insuficiente la aportación de documentos, la Dirección Provincial del INSS “podrá solicitar otros informes y la práctica de las pruebas y exploraciones complementarias por parte de centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social o de otros centros sanitarios”.

El EVI examina el informe médico de síntesis y el de los antecedentes profesionales del trabajador, y cuanta documentación contenga el expediente, y procederá a emitir y a elevar al Director Provincial del INSS, dictamen-propuesta sobre anulación o disminución de la capacidad para el trabajo por existencia de situaciones de invalidez permanente, calificación de estas situaciones en sus distintos grados y contingencia determinante, procedencia o no de revisión...informes con carácter técnico, preceptivos no vinculantes y lo emite sin conocimiento directo y personalizado el trabajador.

Trámite de audiencia. Instruido el procedimiento, se pondrá de manifiesto al interesado el expediente; el cual puede presentar alegaciones al dictamen-propuesta.

Cuando en el trámite de audiencia el interesado presente documentos u otras pruebas que contradigan el dictamen-propuesta emitido por el EVI, la Dirección Provincial del INSS, “reexaminará lo actuado y requerirá de dicho equipo un dictamen-propuesta complementario del emitido con anterioridad, salvo en los supuestos en que aquella entienda que los documentos y pruebas aportados no desvirtúan el dictamen-propuesta.

Terminación del procedimiento a través de una Resolución, Art. 13.

- El Director provincial del INSS, sin estar vinculado por la petición concreta del interesado, dicta resolución expresa al procedimiento incoado, el grado de incapacidad... Es decir el Director provincial del INSS, considera el dictamen-propuesta de IP emitido por el EVI, como preceptivo, no vinculante. Tampoco está vinculado por las peticiones de los interesados. Y

una vez comprobados el resto de los requisitos necesarios para el reconocimiento de la prestación, procede a dictar la correspondiente Resolución: aprobatoria o denegatoria, así como el grado de incapacidad reconocido en el caso de aprobar la propuesta.

- Si el interesado no está de acuerdo con el contenido de la Resolución, por ser desestimatoria o por no ajustarse a la totalidad de lo solicitado puede reclamar. De forma ordinaria la terminación del procedimiento es por Resolución firmada por el Director provincial del INSS, en la que se reconoce o deniega la prestación correspondiente, de forma motivada. Contra la resolución de la IP cabe interponer reclamación previa a la Jurisdicción Social, siempre que en la misma se discrepe en aspectos en los que es competente el EVI, pasando el escrito de reclamación al EVI. Estimada o desestimada la reclamación, puede conducir a otras actuaciones. La denegación por el INSS inicia un largo camino de reclamaciones, primero al órgano que desestima y posteriormente recurriendo a la vía judicial.

6.10.4 Recursos ante los Tribunales de Justicia

En la Seguridad Social cuando hay discrepancias, el trabajador se encuentra disconforme con la decisión tomada por el INSS, presenta una demanda ante el Juzgado de lo Social, que puede estimar la demanda y en el caso de desestimarla, el trabajador puede presentar un Recurso de suplicación. En el procedimiento laboral, a diferencia de otros órdenes jurisdiccionales, no existe el recurso de apelación. Lo que la Ley de procedimiento laboral prevé es un recurso especial más próximo a la casación que a la apelación. Son competentes para reconocer estos recursos, las Salas de lo Social de los Tribunales Superiores de Justicia de las CCAA.

La Litigiosidad puede verse en los informes Estadísticos del INSS:

- **Procesos seguidos ante los Juzgados de lo Social:**
 - **En el año 2004** Actuaciones en el órgano jurisdiccional (pp. 103-111 Informe Estadístico INSS 2004). Procesos promovidos contra la Entidad, 57.034. La mayor litigiosidad, en las IP e IT, que suponen un 73,71% y un 16,19%, respectivamente, del total. La prestación de IP la tasa más alta, un 25,90%. Recursos de suplicación, 28.719.

- **En el año 2005** (pp. 99-106 Informe Estadístico INSS 2005), los procesos promovidos contra la Entidad, 60.406. La mayor litigiosidad en IP e IT, que suponen un 72,53% y un 16,29%, del total de procesos contra la Entidad. Recursos de suplicación, 28.885.
- **En el año 2006** (pp. 98-105 Informe Estadístico INSS 2006), los procesos promovidos contra la Entidad, 59.933. La mayor litigiosidad en las IP e IT, un 72,47%, y un 16,24% respectivamente del total iniciados contra la entidad. Recursos de suplicación y casación, se han incrementado en 0'81% respecto al año anterior.
- **En el año 2007** (pp. 131-139 Informe Estadístico INSS 2007), los procesos promovidos contra la Entidad, 69.696. En IP e IT, un 68,37% y un 20,44%. Recursos de suplicación, 31.571.
- **En el año 2008** (pp. 133-141 Informe Estadístico INSS 2008), procesos promovidos contra la Entidad, 66.383. La mayor litigiosidad en IP e IT supone un 65,29% y un 22,88%, respectivamente, del total. Recursos de suplicación, 27.967.
- **En el año 2009** (pp. 141-149 Informe Estadístico INSS 2009), procesos promovidos contra la Entidad, 64.668. En IP e IT, un 62,28% y un 22,01%. Recursos de suplicación, 25.234.

6.11 Funcionarios públicos. IT y Jubilación por IP

Es preciso hacer un breve recorrido por la normativa que ha ido generando a través de los años sobre las Clases Pasivas del Estado.

El RD de 3 de abril de 1828, trata de la regulación de “empleados públicos” y el RD de 18 de junio de 1852, es origen de la Administración Pública del Estado. En la Ley de 27 de febrero de 1908, Capítulo II, 13, dice: “también podrán constituirse de forma análoga pensiones de retiro a favor de obreros del Estado y de empleados o funcionarios públicos o particulares de todas clases cuyo sueldo o derechos no excedan de 3.000 pesetas anuales...”. El RD Ley de 22 de octubre de 1926, Estatuto de Clases Pasivas, regulaba el percibo de pensiones. Por la insuficiente protección, se habían impulsado Montepíos de funcionarios, para percibir pensiones por edad avanzada o por incapacidad para el trabajo por falta de aptitud o capacidad profesional demostrada, enfermedad invalidante.

La Ley 109/1963, Ley de Bases de los funcionarios civiles del Estado, aprobado el texto articulado por el Decreto 315/1964, contempla, Art. 39.2, la

jubilación, previa instrucción de expediente “de oficio o a instancia del funcionario, cuando este padezca incapacidad para el ejercicio de sus funciones, bien por inutilidad física, o debilitación apreciable de facultades”. La Ley 30/1965, sobre los derechos pasivos de los funcionarios de la Administración Civil del Estado, se aprueba por Decreto 1120/1966.

Ley 29/1975, crea el “Régimen especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado”, y la MUFACE, que es la Mutualidad General de los Funcionarios de la Administración Civil del Estado, dependiente de Administraciones Públicas. Organismo público, con personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio y tesorería propia y autonomía de gestión. (Modificado).

Ley 30/1984. Unifica el régimen jurídico de los funcionarios y clasifica a todos los Cuerpos, escalas, Clases y categorías en cinco grupos en función de la titulación exigida para el ingreso en la función pública. (Modificado).

RD Legislativo 670/1987. Artículo 28.2.c) sobre Jubilación o retiro, “Por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad que se declarará de oficio o a instancia de parte cuando el interesado venga afectado por una lesión o proceso patológico somático o psíquico que esté estabilizado y sea irreversible o de remota o incierta reversibilidad, cuya lesión o proceso le imposibiliten totalmente para el desempeño de las funciones propias del Cuerpo, Escala, Plaza o Carrera de acuerdo con el dictamen preceptivo y vinculante el órgano médico que en cada caso corresponda”. (Modificado). El RD 172/1988, trata de la tramitación del procedimiento para jubilación por IP. Y en la Orden de 30 de septiembre de 1988, se dictan normas complementarias.

Resolución de 29 de diciembre de 1995 de la Secretaría de Estado para la Administración Pública por la que se modifican los procedimientos de jubilación del personal civil incluido en el ámbito de cobertura del Régimen de Clases Pasivas del Estado. Procedimiento de Jubilación por IP para el servicio

1. Iniciación

1.1. El procedimiento de jubilación por IP para el servicio se iniciará de oficio por el órgano de jubilación o a solicitud del funcionario interesado.

1.2. En los casos en que el procedimiento se inicie de oficio, la Dirección del Centro, dependencia u organismo donde el interesado preste servicios proponga al órgano de jubilación la iniciación de procedimiento mediante escrito motivado, de la que se dará cuenta al interesado.

1.3. En los casos en los que el procedimiento se inicie a solicitud del interesado, el funcionario dirigirá escrito al órgano de jubilación dando cuenta simultáneamente del mismo a la Dirección del Centro, Dependencia u Organismo donde esté destinado, A este escrito el funcionario podrá acompañar copia de los informes médicos pertinentes, descriptivos de la enfermedad padecida y de su historial médico o clínico, emitidos por facultativo perteneciente a la seguridad social o a entidad médica concertada con MUFACE, según el tipo de asistencia sanitaria a que esté acogido el funcionario.

2. Instrucción.

2.1. Iniciado el procedimiento de oficio o a solicitud del interesado, el órgano de jubilación comunicará al funcionario la apertura del expediente de jubilación y paralelamente dirigirá comunicación al servicio competente de la Administración General del Estado... a los efectos de que por parte de dichos órganos se ordene el reconocimiento médico del funcionario por el órgano médico... dando cuenta al interesado de dicha actuación.

2.2. El órgano médico convocará al funcionario para el examen médico correspondiente... Si por cualquier circunstancia el funcionario estuviera impedido de acudir al examen médico en la fecha señalada, deberá ponerlo en conocimiento de dicho órgano para que éste disponga lo necesario para examinar al funcionario en otra fecha o, en caso necesario en el centro sanitario en que esté internado o en su propio domicilio.

2.3. En el caso de que el funcionario no compareciera al examen médico sin justificación previa, el órgano médico volverá a convocarle por segunda vez. Si el funcionario no concurriese tampoco a este segundo llamamiento sin causa que lo justifique, el citado órgano pondrá en conocimiento del órgano de jubilación esta circunstancia, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria en que pudiera incurrir, enviando al mismo el acta y dictamen... en el caso en que a partir de los informes médicos remitidos, pudiera formar opinión médica válida sobre la capacidad o incapacidad del funcionario para el servicio.

En el caso de que el citado órgano no pudiera formar opinión válida lo pondrá en conocimiento del órgano de jubilación, el cual recabará aquellos documentos e informes que estime oportunos y los remitirá al órgano médico para que extienda acta y, si fuera posible, el oportuno dictamen.

2.4. Una vez examinado el funcionario el órgano médico extenderá acta de la sesión médica, así como un dictamen razonado sobre la capacidad o incapacidad del funcionario para el servicio... El acta y dictamen referidos serán remitidos directamente por el órgano médico al órgano de jubilación...

2.5. Recibidos el acta y dictamen señalados en el punto anterior, el órgano de jubilación elaborará propuesta de resolución y la pondrá de manifiesto al funcionario... a fin de que éste, en el plazo máximo de quince días, alegue y presente los documentos justificantes que estime oportuno.

3 Terminación.

3.1. Con base en las actuaciones anteriores y, en su caso, en la ampliación de la pericia que pudiera haberse solicitado del órgano médico, el órgano de jubilación dictará la resolución procedente que notificará al interesado y a la Dirección del centro, dependencia u organismo donde el funcionario preste sus servicios.

Orden de 22 de noviembre de 1996 por la que se establece el procedimiento para la emisión de los dictámenes médicos a efectos del reconocimiento de determinadas prestaciones de Clases Pasivas. En los procedimientos de Jubilación por IP de los funcionarios, los dictámenes “deberán contener la valoración del estado del interesado con indicación expresa de si está o no afectado por una lesión o proceso patológico, estabilizado e irreversible o de incierta reversibilidad que le imposibilita totalmente para el desempeño de las funciones de su Cuerpo, Escala, Plaza o Carrera...” En los mencionados dictámenes deberá constar si la lesión o proceso patológico de que está afectado el funcionario, además de incapacitarle para las funciones propias de su Cuerpo... le inhabilita o no para toda profesión u oficio. Además deberá indicarse si el funcionario incapacitado necesita de otra persona para la realización de los actos más esenciales de la vida.

Por el RD 2669/1998, se aprueba el procedimiento en materia de rehabilitación de los funcionarios públicos.

RD Legislativo 4/2000, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Incapacidad Temporal:

Art. 18.1. “Tendrán la consideración de estados o situaciones determinantes de la incapacidad temporal, los de enfermedad, accidente y los denominados periodos de observación en el caso de enfermedad profesional”.

Art. 19. “La concesión de las licencias y el control de las mismas corresponderá a los órganos administrativos determinados por las normas de competencia en materias de gestión de personal, con el asesoramiento facultativo que, en su caso, estimen oportuno”. “En cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas, se iniciará, por el órgano de jubilación competente, de oficio o a instancia del interesado, el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio...”.

Art. 20.1 Duración y extinción La duración y extinción de la situación de incapacidad temporal serán las mismas que las del Régimen General de la Seguridad Social.

Incapacidad Permanente.

Art. 23, Concepto y grados de la incapacidad permanente.

1. “Es incapacidad permanente la situación del funcionario que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves que disminuyan o anulen su capacidad para el servicio. No obstante a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad de trabajo del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo. La incapacidad permanente habrá de derivarse, cualquiera que sea su causa, de la situación de incapacidad temporal”.

2.-“La incapacidad permanente se clasifica con arreglo a los siguientes grados:

a. Incapacidad permanente parcial para la función habitual: es la que sin alcanzar el grado de total, produce al funcionario una limitación para el desempeño de las funciones de su Cuerpo, Escala o plaza.

b. La incapacidad permanente total para la función habitual: es la que inhabilita al funcionario para la realización de todas o de las fundamentales funciones de su Cuerpo, Escala o plaza.

c. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo: es la que inhabilita por completo al funcionario para toda profesión u oficio.

d. Gran invalidez: es la situación del funcionario afecto de incapacidad permanente absoluta que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita de la asistencia de otra persona para realizar los actos más elementales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos”.

3.-“Se entiende por función habitual del funcionario, la desempeñada por éste al tiempo de sufrir el accidente común o en acto de servicio o como consecuencia de él, o la que viniera realizando, en caso de enfermedad durante el periodo de tiempo anterior a la incapacidad, que se determina en el Reglamento General del Mutualismo Administrativo”.

- RD 375/2003, aprueba el Reglamento General de Mutualismo Administrativo, desarrolla el texto del RD Legislativo 4/2000. Sobre IT, acreditación del proceso, actuación de los órganos de personal en la concesión de las licencias y el control de las mismas corresponderá a los órganos administrativos determinados por las normas de competencia en materia de gestión de personal, con el asesoramiento facultativo que, en su caso estimen oportuno... y en cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas y en todo caso antes de que transcurra el plazo... se iniciará por el órgano de jubilación competente, de oficio o a petición del interesado, el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, y también seguimiento y duración de IT. El Capítulo VII de este RD, trata de las prestaciones por IP. (Modificado por RD 2/2010).

- Orden APU/2210/2003, regula el procedimiento de las situaciones de IT y de riesgo durante el embarazo, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. (Derogada por la Orden PRE/1744/2010).
- Ley 62/2003. Art. 39.2. “Procederá también la jubilación previa instrucción de expediente, que podrá iniciarse de oficio o a instancia del funcionario interesado, cuando éste padezca incapacidad permanente para el ejercicio de sus funciones, bien por inutilidad física o debilitación apreciable de facultades”.
- Orden APU/3554/2005, regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de EP y Accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE.
- RD 1030/2006, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Cartera de servicios de las Mutualidades de funcionarios.
- Ley 42/2006. Por las disposiciones Final sexta y Transitoria sexta, modifica la duración y extinción de la situación de IT en el Régimen Especial de la Seguridad Social de funcionarios Civiles del Estado, con el fin de armonizar los efectos y extensión de estos elementos con los propios del Régimen General. En estos artículos se indica la obligación que tiene el órgano de jubilación de iniciar el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio antes de que transcurra el plazo máximo de 18 meses de duración de la situación de IT y de su prórroga y cuando la situación de IT se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido proceder para la calificación del estado del funcionario como incapacitado permanente para el servicio.
- Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público EBEP. En el Art. 4 e) se refiere a Personal con legislación específica propia, el de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Artículo 67.1. c) Jubilación forzosa por la declaración de la IP para el ejercicio de las funciones propias de su cuerpo o escala, o por el reconocimiento de una pensión de incapacidad permanente total en relación con el ejercicio de las funciones de su cuerpo

o escala. Y el Art. 68. Rehabilitación de la condición de funcionario, una vez desaparecida la causa que motivara la Jubilación por IP.

- Ley 2/2008, contiene modificaciones relativas a la IT. En las Disposiciones Finales: Primera. Modificación del texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado Decreto Legislativo 670/1987. Séptima. “Modificación del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (LSSFCE).
 - Art. 20.3 “En cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas, el órgano de la jubilación competente, iniciará de oficio o a instancia del interesado el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. Reglamentariamente se instaurarán los mecanismos necesarios para coordinar las actuaciones entre la Mutuality y las unidades Médicas de Seguimiento o de Valoración de la Incapacidad Permanente y las del órgano de jubilación”.
 - Art. 20.4 “Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido en el Régimen General de la Seguridad Social, se procederá al examen de la situación de la incapacidad temporal del funcionario en los mismos términos y plazos establecidos en este Régimen y por parte y por parte del correspondiente equipo o unidad de valoración de incapacidades permanentes a la que la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado haya encomendado esta función o que resulte procedente de acuerdo con el Cuerpo o Escala del funcionario. Este examen determinará si el estado de incapacitación del funcionario dará lugar a su calificación de incapacitado con carácter permanente para las funciones propias de su Cuerpo o Escala y a la consiguiente declaración de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. En aquellos casos en que se dictamine que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del funcionario con vistas a su reincorporación al servicio, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada cualificación, ésta podrá retrasarse por el periodo preciso, que, en ningún caso, podrá rebasar el tiempo máximo de duración desde la fecha en la que se haya iniciado la situación de

incapacidad temporal, según lo establecido en el Régimen General. En este periodo se prorrogarán los efectos de la situación de incapacidad temporal”.

Últimas disposiciones legislativas publicadas.

Resolución de 30 de septiembre de 2009 de la MUFACE, por la que se establece la edición electrónica de los impresos de partes de baja, de maternidad e informe médico por incapacidad temporal. (CEPIT) Comunicación electrónica de partes de Incapacidad.

RD 2/2010. Modifica el Reglamento General del Mutualismo Administrativo. Art. 90, sobre la duración máxima de la situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad o lesión por accidente y los periodos de observación por enfermedad profesional, incluida la de las prórrogas que resulten procedentes, será la prevista en el artículo 128 del TRLGSS. Que en cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impida definitivamente el desempeño de las funciones públicas y, en todo caso, antes de que se agote la duración máxima prevista en la LGSS, se iniciará, por el órgano de jubilación competente, de oficio o a instancia del interesado, el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio.

Art. 90.5 Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido en el párrafo primero del artículo 131 bis. 2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social o disposición que lo sustituya, se procederá al examen de la situación de incapacidad temporal del funcionario en los términos, plazos y condiciones establecidos en el artículo 20.4 del texto refundido.

Art. 90.6. A efectos de la declaración de jubilación por incapacidad de los funcionarios mutualistas en los procedimientos que a tal fin se sigan, por Orden del Ministro de la Presidencia, a propuesta conjunta de los Ministerios de Economía y Hacienda y de la Presidencia, se establecerán las normas específicas de coordinación entre la Mutualidad General, las Unidades Médicas de Seguimiento o de Valoración de Incapacidades y los órganos de jubilación respecto a la realización de los correspondientes reconocimientos médicos y la emisión del consiguiente dictamen por los citados equipos para la

determinación de la existencia de la incapacidad permanente y, en su caso, fijación del grado de la misma.

Resolución de 3 de febrero de 2010 de la Subsecretaría por la que se publica el Acuerdo de Encomienda de Gestión entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para 2010 para la realización de determinados reconocimientos. El objeto de la encomienda es la realización en todo el territorio nacional de los reconocimientos médicos a los funcionarios incluidos dentro del campo de aplicación del régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que están en la situación de IT... La Resolución de 28 de febrero de 2011, y la Resolución de 16 de febrero de 2012, publican la prórroga expresa del Acuerdo de encomienda de gestión al INSS, para determinados reconocimientos médicos.

MUFACE, remite los listados cuyo control sea requerido (por superar tiempo estándar de IT, por solicitud del órgano de personal, tras un informe de ratificación o porque lo soliciten los interesados). Se contrataron: 48.000 reconocimientos médicos encomendados en el año 2010; 24.000 en 2011 y 30.000 en el año 2012.

Orden PRE/1744/2010, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de IT, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Expedición del parte médico inicial, Art. 2, antes de alcanzarse el cuarto día hábil, el médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud al que se encuentre adscrito el mutualista, le reconocerá y expedirá el parte inicial para la situación de IT “con todos los ejemplares debidamente cumplimentados en todos sus apartados”.

Solicitud de la licencia, Art. 3, el mutualista presentará ante el órgano de personal los ejemplares de los partes, y “no será preciso el consentimiento del mutualista para que los datos codificados puedan ser tratados a través del fichero automatizado de que disponga MUFACE, al que podrán tener acceso, con las condiciones de seguridad asociadas al mismo, los órganos de personal y las Unidades Médicas de Seguimiento a los efectos oportunos”.

Concesión de la licencia, Art. 8. Recibido el parte médico inicial o de confirmación de la baja para la situación de IT, “el órgano de personal dispondrá lo conveniente en cuanto a la concesión de la licencia inicial y de sus prórrogas, contando con las posibilidades de asesoramiento, recogidas en el artículo 90.1 del Reglamento” (Reglamento General del Mutualismo Administrativo aprobado por RD 375/2003). Si el resultado de los informes de reconocimiento fuera desfavorable para la concesión de la licencia o su prórroga, el órgano de personal “declarará su extinción y se le comunicará al mutualista, quien deberá reincorporarse a su puesto de trabajo”.

Desde 2010, en los procesos de IT, MUFACE podrá requerir a las Unidades Médicas del INSS el reconocimiento del mutualista, en los casos siguientes: 1) situaciones en las que el órgano de personal solicite a MUFACE el control de una situación de IT determinada, 2) procesos cuya duración supere los tiempos estándar especificados para cada categoría en los protocolos técnicos utilizados por estas Unidades o elaborados expresamente por MUFACE, siempre y cuando resulte conveniente a juicio de MUFACE, para el correcto seguimiento de la situación, 3) a solicitud del mutualista el cual tendrá derecho a aportar cuanta documentación médica considere oportuna en todos los procesos de reconocimiento que realicen las Unidades Médicas de Seguimiento. MUFACE trasladará al órgano de personal y al mutualista el resultado del mismo, que tendrá carácter vinculante (alta, prórroga, propuesta de incapacidad permanente).

Resolución de 29 de noviembre de 2010, de la MUFACE, por la que se actualizan los modelos de partes previstos en los Anexos de la Orden PRE/1744/2010.

Real Decreto Ley 13/2010. Dispone (Art. 20), la inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social de los Funcionarios públicos y de otro personal de nuevo ingreso a partir de 1 de enero de 2011.

7 ENCUESTAS Y ESTUDIOS SOBRE SALUD MENTAL

7.1 En España

Ministerio de Sanidad y Consumo, .Instituto Nacional de Estadística, realizó la Encuesta de Salud 2006. (100) Ámbito geográfico nacional, adultos de 16 y más años: 29.478 entrevistas. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio obtenido a través de entrevistas en los hogares donde se recoge información sanitaria relativa a toda la población, a familias, y cuya finalidad principal, es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. Metodología y trabajo de campo: Instituto Nacional de Estadística (INE). Se ha seleccionado una muestra de aproximadamente 31.300 viviendas distribuidas en 2236 secciones censales. La muestra se distribuye entre comunidades autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la comunidad.

La encuesta consta de tres cuestionarios: uno de Hogar, otro de Adultos y uno de Menores. El método de recogida de información es el de entrevista personal directa a las personas de 16 y más años y a la madre o padre en el caso de los menores de 16 años. La recogida de información se ha realizado a lo largo de un año, desde junio de 2006 a junio de 2007.

Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas: El 26,4% de la población de 16 y más años fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 20,5% se declara ex-fumador y el 50,0% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 31,6% en los hombres y del 21,5% en las mujeres. Por su parte, el 26,0% de la población afirma que no ha bebido nunca, mientras que el 19,8% bebe ocasionalmente y el 48,4% consume bebidas alcohólicas habitualmente.

Los trastornos crónicos más frecuentes diagnosticados por un médico a la población de 16 y más años, son la hipertensión arterial (en el 20,7% de las personas), la artrosis, artritis o reumatismo (20,7%), la hipercolesterolemia (15,9%), la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (13,8%), la alergia crónica (12,2%), la diabetes (6,2%), el asma (5,5%) y la bronquitis crónica

(4,8%). Excepto la diabetes y la bronquitis crónica, todos los problemas crónicos considerados son más frecuentes en las mujeres.

Bones et al. 2010, realizan una investigación (22) cuyo objetivo es conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud. Es un estudio transversal obtenido con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29.476 personas de 16 a 64 años. El instrumento de cribado de problemas de salud mental utilizado es el General Health Questionnaire (GHQ-12). Los resultados indican que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%) y que las variables más asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas, estar limitado en la realización de actividades cotidianas según los problemas de salud,

El Informe Madrid 2007 analiza el estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid, en el Objetivo 6 “Mejorar la salud mental”. En las conclusiones de este Informe (80) destaca: La tasa de casos psiquiátricos atendidos en los Centros de Salud Mental en 2004 fue de 1435 por 100 mil en hombres y 2146 por 100 mil en mujeres. La patología más frecuente, tanto en casos nuevos como casos totales atendidos, la constituyen los trastornos neuróticos y adaptativos, grupo en el que se ha producido un incremento importante en los últimos diez años. Las patologías que producen el mayor número de ingresos hospitalarios son las psicosis propias del adulto y los trastornos de la personalidad, así como los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en las mujeres jóvenes.

Los datos epidemiológicos de Salud Mental en España. ESEMeD-España, es sin duda un estudio epidemiológico de referencia, resultado de un estudio europeo sobre epidemiología de los trastornos mentales, integrado a su vez en el proyecto de Encuestas de Salud mental en el mundo de la OMS. ESEMeD, es el acrónimo que identifica el conocido internacionalmente como European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. El estudio de España, ha evaluado la presencia de trastornos mentales en una muestra de adultos de la población general.

Haro et al. 2003, escriben sobre: La Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España, y dicen que el estudio multicéntrico “Encuestas de Salud Mental” realizado por la OMS pretende analizar la prevalencia de las enfermedades mentales a escala mundial y concluye que la tasa de prevalencia de casos probables de trastorno mental común en Europa es el 23,4%. El estudio más reciente sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población general de España es la participación en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). El proyecto consiste en un estudio transversal por encuesta personal domiciliaria representativa de la población española mayor de 18 años, no institucionalizada, en muestra estratificada por CCAA. Como instrumento de medida, la CIDI-2000 (Composite International Diagnostic Interview), La encuesta está “diseñada para ser administrada por entrevistadores legos en psiquiatría y obtener mediante su análisis con algoritmos informatizados los diagnósticos de los principales trastornos mentales siguiendo las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-IV. En los resultados (pág. 189), dicen estos autores que: “El estudio ESEMeD-España permitirá obtener la información necesaria para estimar la carga que los trastornos mentales representan para la población española, tanto en el número de personas que los padecen como respecto a la afectación personal, familiar y social que producen”. (75)

Haro et al. 2006, analizan (74) esta vez la Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España; dicen que en España se llevó a cabo el proyecto ESEMeD, estudio epidemiológico sobre trastornos mentales, prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol, mediante encuesta domiciliaria con una muestra representativa de la población general, mayores de 18 años y un total de 5473 individuos, entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002, han sido la muestra española. La edad media de la muestra: 45,64 años. Respecto al empleo había empleados, desempleados, jubilados, amas de casa estudiantes... Según los resultados de este estudio, un 19,5% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia vida), y un 8,4% un trastorno en los últimos 12 meses (prevalencia-año).

El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor, 3,9% de prevalencia año y 10,5% de prevalencia vida, seguido de la fobia específica y la distimia, con una prevalencia-vida de 4,52 y 3,65%,

respectivamente. Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%), aunque esta relación se invirtió al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios”. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad, es según este estudio menor que la de los depresivos. Los principales factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo se relacionan con la situación laboral de la población, mayor riesgo en personas de baja por enfermedad y en desempleo, y las mujeres 2’8 veces más probabilidad de padecer estos trastornos que los varones.

Pinto-Meza et al. 2007, analizan en otro artículo (121) y también basándose en el estudio ESEMeD-España, el. “Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España”. Estos autores exponen que los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas afectan negativamente la calidad de vida relacionada con la salud, y el objeto del estudio es valorar el impacto, como parte del estudio europeo sobre Epidemiología de los trastornos mentales (ESEMeD). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se evaluó con el cuestionario SF-12; la presencia de trastornos mentales con CIDI 3.0, y la segunda parte del cuestionario incluyó un listado de enfermedades físicas crónicas, y para el estudio se seleccionaron, tomando como base criterios de prevalencia y gravedad: artritis/reumatismo (presente en el 21,42% de la muestra), cefaleas frecuentes o intensas (15,50%), alergias (12,31%), Hipertensión arterial (15,21%), asma (5,71%), y diabetes (5,80%).

Los resultados indican que mientras los trastornos de ansiedad fueron por grupos los más prevalentes, el episodio depresivo mayor fue el trastorno mental más prevalente. Las enfermedades físicas crónicas afectaron a un 54,03% de la población, siendo la artritis/reumatismo, la más prevalente entre ellas. Los autores (pág. 18) dicen: “Nuestro datos permiten establecer que la interacción entre algún trastorno del estado de ánimo y alguno de ansiedad genera algún empeoramiento del componente mental de la vida relacionada con la salud”. Los datos de este estudio, muestran asociaciones pero no describen cómo y por qué ocurren.

Resultados del estudio ESEMeD, (Estudio Epidemiológico sobre los trastornos mentales en España), son también tenidos en cuenta en un estudio

de Retolaza 2007. Dice este autor (132) que (pág. 47) en España, “la mayoría de los trastornos tienen una frecuencia y distribución en grandes líneas, similar a la encontrada en el estudio europeo. Tampoco hubo diferencias significativas en lo referente a la mayor parte de las variables socio-demográficas asociadas a los distintos trastornos (...) Este estudio muestra una tasa de trastornos menor que las encontradas en otros desarrollados en España con anterioridad. Aunque estas comparaciones están muy limitadas dado que existen importantes diferencias metodológicas...” “Puede sorprender la baja prevalencia anual encontrada para el abuso de alcohol, muy inferior además, a la prevalencia-vida para este mismo diagnóstico. Quizá la causa pueda residir en que se ha empleado el criterio diagnóstico del DSM-IV, que es muy restrictivo y no basa sólo la definición del abuso en la cantidad consumida”. (pág. 49). Concluyen diciendo que los resultados “parecen muy válidos, son de una gran solidez y revisten una gran trascendencia”. En los Comentarios dice que el gran tamaño de la muestra estudiada, y su representatividad respecto a las poblaciones de referencia son dos de los puntos fuertes del proyecto. Una de las limitaciones es utilizar entrevistas de formato muy rígido. También dice (pág. 50) que: “Los resultados del estudio ESEMeD nos confirman una vez más, que este tipo de casos vienen asociados a problemas psico-sociales muy extendidos relacionados con dificultades en la salud, la vida familiar y el trabajo de las personas”.

En el XVI Congreso WONCA Europa (Octubre 2010, Málaga), un estudio español PredictD-España, (para predecir el riesgo de padecer depresión en la población española), presentó en este Congreso los resultados obtenidos con 5442 pacientes y 41 Centros de Atención Primaria, de seis Comunidades Autónomas (Andalucía, Madrid, Aragón, La Rioja, Canarias y Baleares) revela que el 13 % de los adultos que acuden a un Centro de Salud (según DSM-IV), padece una depresión mayor que causa discapacidad. Una de cada diez consultas en Atención Primaria es por depresión mayor discapacitante. Los pacientes reconocían “que la depresión iba acompañada de una enfermedad, minusvalía o dolencia durante un largo periodo de tiempo, y el mismo porcentaje estaba tomando alguna medicación para la ansiedad, la depresión o el estrés”. Según la Dra. Berta Moreno-Küstner principal investigadora, “es un porcentaje que no difiere de otros estudios realizados en Europa en pacientes vistos en el primer nivel asistencial” y que “pone de relieve que el número de casos va a más...” A los 6 y a los 12 meses “logró identificar 14 factores predictores de riesgo para sufrir depresión, desde la edad (a menor edad), sexo (mujer), interacción edad y sexo, nivel académico (a menor nivel),

vivir solo, o insatisfacción con la convivencia en el hogar, percepción de falta de seguridad al entrar y salir de casa, igualmente también es factor de riesgo la percepción de mala salud física y mental, insatisfacción con el trabajo no remunerado, percepción de problemas graves en personas muy cercanas, tomar medicación para la ansiedad, depresión o estrés, maltrato físico en la infancia, estado de ánimo bajo a lo largo de la vida y percepción de sentirse discriminado. (105).

La Red de Investigación de Atención Primaria en Actividades Preventivas, trabaja el estudio PredictD-España, para desarrollar y validar un índice de riesgo que permita predecir el inicio de episodios de depresión en la población que consulta en Atención Primaria, en colaboración con Predict Internacional.

Baca et al 2004, para saber si las víctimas del terrorismo y sus familiares tienen mayor prevalencia de trastornos afectivos, ansiedad y trastornos de abuso de alcohol que la población general, realizaron un estudio de enero de 1997 a enero de 2001, entrevistaron a 544 familias afectadas por la violencia terrorista en España, y 1021 víctimas y familiares. Fueron valorados con el PRIME-MD, comparando las puntuaciones con una muestra de pacientes de atención primaria. En las conclusiones destacan que la presencia de psicopatología es mayor superior en las víctimas de atentados terroristas que en los pacientes de atención primaria y que también, el tipo de atentado sufrido, la percepción de falta de apoyo y el tener antecedentes familiares y personales de tipo psiquiátrico, aumentan el riesgo del trastorno mental. (12).

En el Informe de Foro de Debate INESME (Instituto de Estudios Médico Científicos) Madrid, diciembre de 2011 dice que casi 165 millones de personas en toda Europa y más de 10 en España padecen algún tipo de trastorno mental. A las enfermedades mentales se destinan en España, menos recursos en comparación con su prevalencia, carga asistencial y discapacidad que a otras grandes patologías. Según el Informe, uno de cada 4 individuos en edad adulta puede llegar a padecer alguna de estas enfermedades a lo largo de su vida (gran trascendencia social). Estas patologías son la causa del 30% de la discapacidad producida por enfermedades médicas, superando a las cardiovasculares u oncológicas, que representan el 15% y el 12% respectivamente. Esto supone una pérdida de la productividad. La enfermedad mental tiene un gran impacto humano y asistencial y un problema impostaste de salud pública. El estrés es importante, pero pueden mezclarse y confundirse

problemas graves con los de adaptación a situaciones habituales. (60). También informan sobre un estudio respaldado por el Centro Europeo del Cerebro, que apunta a que más de 6 millones de españoles padecen un trastorno de ansiedad.

Uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Política Social, fue mejorar la atención a la salud mental. De este modo, a finales de 2004 se asumió el proyecto de elaborar la Estrategia de Salud Mental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Para el periodo 2009-2013 se publicó un nuevo documento de Estrategia en Salud Mental con resultados de la evaluación, información sobre hallazgos técnicos y científicos publicados en los últimos años, que ha permitido revisar la propuesta inicial de la Estrategia, modificar o suprimir algunos objetivos y añadir otros. (71). Gómez Beneyto, M. Coord. Científico 2011

La prevalencia de mala salud mental en España obtenida del análisis de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, sería del 21,5% entre los entrevistados, siendo más elevada entre las mujeres (27%) que entre los hombres (15,7%), aumentando con la edad, principalmente entre las personas mayores de 65 años, tanto en hombres (20,5%) como en mujeres (36,0%).

Menciona la Recomendación 2004 REC (2004)¹⁰ sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con Trastornos Mentales, Adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 22 de septiembre de 2004.

7.2 En otros países

Phillips et al., publican en The Lancet, 2009 un estudio (119) realizado en China donde se ha encontrado que 173 millones de adultos (13% de la población del país), padece algún tipo de desorden mental. La encuesta tiene una muestra inicial de 63.000 personas de 4 provincias del país. Los trastornos del estado de ánimo y ansiedad son más comunes en mujeres a partir de los 40 años. Los trastornos por alcohol son 48 veces más prevalentes en los hombres. El 24% de los que padecían enfermedad mental se encontraba moderada o gravemente incapacitada, pero sólo el 8% había buscado ayuda profesional en alguna ocasión.

Encuesta IDEA (Impact of Depression in the Workplace in Europa Audit) encuesta realizada por la European Depression Association resultados se han dado a conocer durante el 25º Congreso de la ECNP. Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología Viena 20-22 de octubre de 2012. (Auditoría del Impacto de la Depresión en el trabajo en Europa) se llevó a cabo en 7065 personas de Europa, descubriendo que el 20% de los encuestados había recibido el diagnóstico de depresión en algún momento, y el 51% había faltado del trabajo a causa de la enfermedad, con una media de 36 días perdidos en cada episodio, una cifra que en España se calcula en 30'6 días. La tasa más elevada estaba en Gran Bretaña (26%), y la más baja en Italia (12%). Los más propensos a dejar el trabajo temporalmente fueron Alemania (61%), Dinamarca (60%) y Gran Bretaña (58%), y los que menos Turquía (25%). dice el Director General de esta Asociación Vincenzo Costigliola, que una de cada 10 personas encuestadas en Europa ha dejado de trabajar durante un tiempo debido a la Depresión y que la depresión es el reto de salud mental predominante entre las personas en edad laboral. (52).

Marcus et al. 2012, del Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la OMS dice que la depresión afecta a personas de todas las comunidades del mundo, y es una de las causas principales de la discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países, encontró un promedio de una de cada 20 personas informó de haber tenido un episodio depresivo en el año previo. (95).

El estudio llevado a cabo por Andrade et al. 2003, concluye que la depresión en el mundo varía según los diferentes países. La prevalencia a lo largo de la vida varía desde el 3% en Japón a un 16'9% en EEUU, y entre el 8 y el 12% en la mayor parte de los países. (2).

En Vantaa (Finlandia), Holma et al., 2012, realizan: "Un estudio prospectivo de 5 años de predictores para la pensión de discapacidad entre los pacientes con Trastorno depresivo mayor" Hay una escasez de estudios prospectivos a largo plazo sobre la discapacidad laboral causada por la depresión. Investigan "los predictores para la pensión de discapacidad entre los pacientes psiquiátricos con trastorno depresivo mayor". Para ello, realizan el seguimiento durante cinco años de 269 pacientes psiquiátricos ambulatorios con trastorno depresivo mayor según DSM-IV.

En los Resultados exponen que en los 5 años el 20% de los pacientes que pertenecían a la población activa al inicio del estudio, se les concedió una pensión de invalidez. En el análisis multivariante los predictores importantes para la pensión de invalidez concedida fueron: edad > de 50 años, la incapacidad subjetiva para trabajar y la introversión. En las variables de seguimiento los predictores fueron la edad mayor de 50 en tiempo en depresión, los trastornos somáticos comórbidos y la escasa formación profesional.

Destaca en las conclusiones que la pensión de invalidez futura se puede predecir por la edad, los factores de personalidad, la incapacidad funcional, los trastornos somáticos comórbidos y el tiempo de duración de la depresión y que esto parece ser decisivo para la jubilación. (78).

Wang et al. 2007, describen que los afectados por enfermedades mentales, parecen tener más problemas laborales y, mayor conflictiva familiar. Lo afirman estudiosos de Canadá en una investigación de la Universidad de Calgary y la Universidad de Manitoba dirigida por Wang sobre el Conflicto trabajo-familia y los trastornos mentales en los Estados Unidos; los hallazgos transversales de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. Realizaron a 4553 hombres y mujeres con trabajo siete preguntas para evaluar el nivel de conflicto laboral y familiar y también para determinar si habían tenido algún trastorno mental en los meses previos. Casi el 17% de los participantes había tenido algún tipo de trastorno mental en el último mes: 4,4%, trastornos del ánimo; el 10,2%, de ansiedad, y el 6,2% problemas de drogas. Según los autores, aquellos con trastornos mentales eran más propensos a reunir altas calificaciones en la evaluación de los conflictos laborales y familiares. Los que participaron en el estudio de 26 a 45 años, casados con elevado nivel educativo y salarial, con trabajo en grandes ciudades, referían mayor nivel de conflicto laboral/familiar, pero no eran los únicos y que también presentaban este tipo de conflictos madres solteras con hijos pequeños y mujeres de áreas rurales o áreas urbanas pequeñas. (163).

Los estudios epidemiológicos de la OMS publicados en el libro de Kessler y Ustun, 2008 resumen las encuestas mundiales de la OMS de salud mental. En este libro (84) se realiza una crítica a las encuestas actuales y se presentan los resultados de 6 países en desarrollo y de 11 países desarrollados. Da una idea de la magnitud del problema de salud mental, y el

impacto que tiene en dimensiones como la productividad, el presupuesto personal y gubernamental y otros aspectos como:

- La prevalencia de por vida de los trastornos mentales analizados en este estudio (trastornos afectivos, de ansiedad, de control de los impulsos y uso de sustancias) es de 18,1% a 36,1%.
- Las prevalencias por trastornos: Trastornos de ansiedad (4,8%-31%); Trastornos del estado de ánimo (3,3%-21,4%); Trastornos de control de los impulsos (0,3%-25%); Trastornos de uso de sustancias (1,3%-15%).
- La co-ocurrencia a lo largo de la vida, parece ser bastante común.
- Se calcula que aproximadamente entre 18% y 55% de la población mundial sufrirá por lo menos un Trastorno mental a lo largo de la vida dependiendo del país donde viva sólo una minoría de los trastornos mentales gravemente incapacitantes, y
- La incapacidad asociada con trastornos mentales es consistentemente más alta en promedio que la incapacidad asociada con trastornos físicos como el asma, el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas, Aún los trastornos mentales leves son más incapacitantes que muchos trastornos físicos crónicos.

Por último, en el Informe del Parlamento Europeo sobre la salud mental, de 28 de enero de 2009, la propuesta de resolución incluye el apartado: La salud mental en el lugar de trabajo, en la exposición de motivos dice: “La salud mental afecta a nuestra vida cotidiana y es un factor que contribuye al bienestar, la solidaridad y la justicia social. Por el contrario, la mala salud mental menoscaba la calidad de vida de las personas y sus familias, y acarrea gastos que suponen una carga para el sector de la salud y los sistemas sociales, económicos, educativos, de seguros, penales y jurídicos”.

“Las condiciones de trabajo desempeñan un papel significativo en la salud mental de la población. Factores como unas técnicas de gestión negativas, la falta de comunicación, el acoso, el ruido, la carga de trabajo y la falta de seguridad en el trabajo pueden provocar el aumento del estrés, contribuir al desarrollo de trastornos mentales e inducir a los trabajadores a jubilarse anticipadamente o a jubilarse por invalidez”. En el punto 32, insta a los Estados Miembros a promover el estudio de las condiciones de trabajo que puedan facilitar la aparición de los trastornos mentales, y en el punto 34 “Pide a los empleadores que promuevan un ambiente de trabajo saludable, prestando

atención al estrés laboral, a la causa de la aparición de trastornos mentales en el lugar de trabajo y a la lucha contra los mismos”.

Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo son complejos y difíciles de manejar, evaluar y modificar, ya que incluyen las percepciones y experiencias del trabajador. Las primeras relaciones de este tipo de riesgos incluían la sobrecarga del trabajo, conflicto con la autoridad, la falta de control, problemas de relaciones laborales. (79).

8 SALUD LABORAL Y SALUD MENTAL

En los tiempos pasados, los riesgos que provenían del trabajo, se venían centrando, sólo en los riesgos físicos, ambientales y químicos. Ahora sabemos que es un problema de gran actualidad y que exige el abordaje de muchos especialistas.

El factor personal y el de las condiciones de trabajo pueden confluir en un riesgo psicopatológico, ya que el trabajo tiene mucha importancia en la vida de cualquier persona, pudiendo tanto desencadenar como agravar una enfermedad física y/o psíquica para la que persona esté predispuesta. No existe definición unánime sobre la enfermedad y el enfermar, pero se entiende como un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa. Cada persona tiene una forma particular de enfermar.

Las múltiples reformas legislativas que en España a lo largo de los años, se vienen produciendo, representan un complejo proceso de adaptación que afecta a la salud de los trabajadores y al trabajo.

En este entramado son básicos: El sistema de la Seguridad Social con la LGSS, el Sistema Nacional de Salud con la Ley General de Sanidad, y la prevención de riesgos en el trabajo, con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

8.1 Diagnóstico y diagnóstico psiquiátrico. ¿Qué significa diagnosticar?

El diagnóstico. es la parte de la medicina que tiene por objetivo identificar una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de ésta que presenta el paciente, el historial clínico y los exámenes complementarios Del griego diá, a través, y gnónai, conocer, es el acto por el cual el médico, agrupando los síntomas mórbidos que ofrece el enfermo, los atribuye a una enfermedad que ocupa su lugar en el cuadro nosológico.

En la evaluación psiquiátrica que conduce al diagnóstico, es necesario e imprescindible disponer de toda la información posible, para llegar a emitir un diagnóstico que permita la formulación clínica clara del caso, y la clasificación de las enfermedades, es indispensable para el estudio de trastornos mentales, pudiendo definirse como un sistema de categorías a las cuales les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. Es una operación por la que se reduce la complejidad de una parte de la realidad ordenándola en categorías.

La conducta psicopatológica difícilmente puede ser explicada a través de un solo modelo (biológico, conductual, cognitivo...). Toda clasificación adquiere valor por su universalidad desde que Zubin, 1967, diese a conocer la existencia de más de 50 sistemas diferentes de clasificación de los trastornos psíquicos, (164) las cosas mejoraron. Las clasificaciones DSM de carácter multiaxial y atórico han establecido criterios diagnósticos sobre la base de conductas o síntomas observables directa o indirectamente.

Para analizar los diagnósticos se utilizan criterios elaborados por la OMS (CIE), y la APA (DSM). Las categorías diagnósticas propuestas, implican un cierto número de rasgos que definen y así poder fundamentar el diagnóstico.

Los pacientes psiquiátricos no son un grupo homogéneo, Mchugh y Slavney 2001, señalan que el enfoque biopsicosocial de Engel, “como enfoque sistémico es tan amplio en su espectro y tan inespecífico en su relación con cualquier trastorno concreto que no puede hacer más que recordar a los Psiquiatras que lo miren todo” (98).

Vallejo, 2003, expresa refiriéndose a la psicopatología en el momento actual (155) que: “El modelo biopsicosocial es difícilmente desechable desde una posición teórica ya que esto atenta contra la visión aceptada de que el hombre es una realidad que tiene tres pilares, los tres mundos de Popper...” Popper 1982, filósofo austriaco autor de la teoría de los tres mundos. (122). Estos pilares llevados al campo de la Psiquiatría, “equivalen al substrato biológico, el substrato psicológico personal y el substrato social que parte de las relaciones interpersonales y se extiende al perimundo político-social y económico”. “Sin embargo el modelo biopsicosocial debe matizarse, concretarse en el seno de la investigación de forma que se precise la verdadera relación entre estos tres mundos...”.

8.2 Enfermedad mental / Trastorno mental

El término “Salud Mental” (posiblemente revisable), incluye bienestar emocional, físico, psíquico y social. Afecta a la forma en cómo pensamos, sentimos, actuamos... en la vida, determinando como se maneja el estrés, la relación con los demás, la toma de decisiones... en un equilibrio entre la persona y su entorno. No existe una definición precisa ya que incluye el bienestar subjetivo, y culturalmente determinado, la autonomía los aspectos emocionales... siendo importante en todas las etapas de la vida. La “enfermedad mental” no es un término opuesto, pero afecta a la manera de pensar, el humor, el comportamiento... comportando sufrimiento, conducta mal adaptada, y en ocasiones disminución o pérdida de control.

Muchas organizaciones de usuarios se oponen al empleo de los términos “enfermedad mental” o “paciente psiquiátrico”. La mayoría de los documentos internacionales evitan utilizar “enfermedad mental” y emplean el término Trastorno mental-. Tanto DSM-IV como CIE-10 utilizan el término “Trastorno”:

Los trastornos mentales, problema de salud pública, son la causa más frecuente de carga de enfermedad, en Europa y en España, y su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas (artritis, diabetes, cardiopatías...). Repercute negativamente en el trabajo, en la familia y en el uso de los recursos sanitarios y económicos. Conjunto de síntomas que una persona presenta, agrupados como un cuadro clínico identificable; las más comunes en el mundo son la depresión y los trastornos de ansiedad. La presencia de estos padecimientos se ha incrementado en los últimos veinte o treinta años. La gravedad de cada una de las enfermedades mentales se evalúa desde leve hasta incapacitante.

Tratándose de enfermedad común, los trastornos mentales pueden presentar dificultades para establecer y determinar diagnóstico de certeza y poder iniciar expedientes de IP, estimando que es irrecuperable, o que se han agotado las posibilidades terapéuticas, o el riesgo que puede constituir para él mismo o para terceras personas. Esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastorno bipolar, consumo de sustancias, depresiones graves... y otros trastornos tienen cada vez más interés y prevalencia en los expedientes de IP.

Para la OMS. 1980, es “todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, lo bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda ser identificado con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido, y lo bastante grave como para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de trabajo o la aplicación de medidas judiciales y sociales”.

El término Trastorno mental, se definió en DSM-III y ha sido conservada y redefinida en DSM-III-R y en DSM-IV (pág. XXI de la Introducción): “En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político., religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”.

En CIE-10: “El término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como enfermedad o “padecimiento”. Aunque “trastorno” no es un término preciso se emplea para señalar la presencia de un comportamiento lo de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales” (34).

8.3 Trastorno mental y trabajo

Existe amplio consenso sobre la aparición de trastornos mentales relacionados con el trabajo; en varios países se ha respondido de manera diferente a la cuestión de hasta qué punto se deben compensar, como enfermedades profesionales. Hay Estados que reconocen el “agotamiento psicológico” como enfermedad profesional (Bélgica, Dinamarca, Italia, Francia, Portugal Suecia) y han visto un incremento de las reclamaciones en los últimos

años. En Japón los *karoshi* o casos de suicidio como consecuencia de las condiciones de trabajo extremas –tanto en buenas como en malas condiciones económicas– se han convertido en una preocupación importante.

La Asociación Internacional de la Seguridad “Evolución y tendencias una seguridad social dinámica”. Foro mundial de la seguridad social, 29 Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social “AISS”; Moscú, 2007, dice que las alteraciones neuropsiquiátricas “son la causa más importante de incapacidad en todas las regiones del mundo, siendo responsable del 37% de los años de vida sana perdidos como resultado de la incapacidad entre adultos de 15 o más años de edad”. También dice que de acuerdo con un estudio sobre factores globales de enfermedad y riesgo entre 1980 y 2001, “la depresión fue la principal causa de incapacidad en hombres y mujeres en todo el mundo”. (60).

Cada vez se tiene más en cuenta, que muchas patologías psíquicas pueden llegar a causar una Incapacidad Laboral, y que las incapacidades laborales, son un derecho a tutelar, pero en conjunto suponen un gran coste económico para el Estado.

En el medio laboral se pueden dar todo tipo de trastornos mentales. En el Libro Verde, 2005, de la Comisión Europea para mejorar la salud mental de la población dice: La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Se consideran enfermedades mentales los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión. Dice también (39), que la situación de las enfermedades mentales es un desafío creciente para la UE, ya que “se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida y que en la UE, las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado”.

La Conferencia de la UE, 2008, se basa en el reconocimiento de la importancia de la salud mental y el bienestar de la población europea; establece cinco áreas de acción siendo la número tres, la salud mental en el

entorno laboral, y se contemplan líneas de acción en las que es preciso adoptar medidas. También plantea la necesidad de estudiar la importancia de la salud mental en el absentismo laboral, y en el retiro anticipado de los trabajadores (40).

En el libro “La salud Mental de las y los trabajadores” Vázquez, 2012 se refiere a un informe de la OCDE de finales de 2011 de título “¿Malestar en el trabajo? Mitos y realidades sobre la salud mental en el trabajo” diciendo que “alerta del grave incremento de los casos de depresión y la ansiedad en el entorno laboral. En este sentido no sólo confirma un dato estadístico de prevalencia de este tipo de patologías que ya venía siendo evidenciado por la Comisión Europea, y que manifiesta que uno de cada cinco trabajadores 20% presenta problemas mentales como la depresión y la ansiedad, y buena parte de ellos no consigue superarlos”. (158).

La Ley 33/2011, General de Salud Pública, define la salud laboral en el Art. 32: “La salud laboral tiene como objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia en éste de su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo”.

Para Moreno et al. 2009, los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja laboral en España y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público. Así lo concluye un estudio (104) elaborado por este grupo de investigadores de la Universidad de Castilla-La Mancha y del Servicio Canario de Salud, que ha puesto de manifiesto que detrás de las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral la ocupan los trastornos mentales. En el estudio español el coste total de las enfermedades mentales se estimó “en 2002 (último año de datos completos) en 7019 millones de €, de los cuales los costes médicos directos (hospitalizaciones, medicinas, consultas médicas), representan el 39,6 %. En conjunto, los costes totales (para ese año) representaron cerca del 1 % del PIB de la población española. El coste sobre el Sistema Sanitario de de los Trastornos mentales es el 7,3% del gasto sanitario total, sólo superado por el cáncer y las complicaciones relacionadas con el aparato circulatorio. Por categorías diagnósticas la Esquizofrenia ocupa el primer lugar, seguido de los trastornos del estado de ánimo y de los problemas de ansiedad.

En 2009, el Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT, ha publicado un informe sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo, a partir de las conclusiones de un estudio en el que han entrevistado a 4500 empleados de diferentes empresas, con distintas actividades laborales. Los principales resultados del estudio revelan que: el 75% de los trabajadores afirma experimentar estrés en el trabajo; el 81% de los trabajadores entrevistados afirma experimentar síntomas de Burnout; el 31% de las personas entrevistadas manifiesta que su salud física y/o psicológica ha empeorado a consecuencia del trabajo; y un 16% define el ambiente donde se desarrolla su actividad laboral como “hostigador”. El informe subraya que los datos evidencian que los problemas relacionados con la mala salud mental en el trabajo, constituyen la cuarta causa de incapacidad laboral (111).

8.4 Incapacidad y trabajo

8.4.1 Factores psíquicos en la Incapacidad laboral

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, siendo su impacto superior al de otras enfermedades crónicas, en la calidad de vida de los pacientes. Trabajo y patología mental: esta relación es importante en determinadas patologías ya que puede llevar a la IP por el impacto funcional en lo laboral, en lo personal y resto de aspectos bio-psicosociales de la persona.

En los casos más graves de trastorno mental, hay pocas dudas sobre la IP, no sólo por el diagnóstico, también la persistencia en el tiempo, la cronicidad, la incapacidad funcional que repercute en la familia y en lo socio-laboral, pudiendo presentar un estado consolidado y previsiblemente definitivo, y en cada caso como una disminución de forma apreciable de la capacidad funcional de la persona (Artículo 134.1 de la LGSS).

El problema radica en las cuestiones del día a día de la vida, con referencia a conflictos, situaciones complicadas de la vida, estrés laboral, los rasgos anómalos de la personalidad, que se describen en términos como tristeza, ansiedad, angustia, nerviosismo, depresión, fallos de memoria... tan habitual en nuestras las consultas. Es aquí donde surgen las dificultades para delimitar la presencia o no de patología psiquiátrica, si además hay

comorbilidad con patologías somáticas o dolencias físicas inespecíficas, y se aprecia el peso de factores sociales, laborales o familiares, y todavía más, si la persona a la que se está valorando, busca ganancias secundarias o resarcimiento.

Muchas veces los diagnósticos quedan enmarcados en el capítulo “Otros procesos del CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento”, sobre todo el Capítulo XXI Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, los códigos Z.

Hay personas con diagnósticos de trastornos de ansiedad, de la personalidad, adaptativos, depresivos... que pueden ser incompatibles con el trabajo en aquellas profesiones que exijan concentración, disponibilidad física, equilibrio psíquico, tensión emocional elevada... y más si van acompañadas de ideación suicida y/o enfermedades somáticas. La patología psíquica puede no ser la única alteración de la salud y estar asociada o en concomitancia con otras patologías.

Es indispensable, en el trastorno mental, valorar, si hay disminución en la capacidad laboral, en la capacidad para llevar a cabo las actividades de vida diaria (vida autónoma) y si cumple criterios diagnósticos definidos en DSM o CIE de trastorno mental, estimando la gravedad de éste, si cursan en brotes, las consecuencias, y si hay posibilidades razonables de recuperación.

En los casos de dependencia de sustancias psicoactivas es necesario apreciar las patologías asociadas.

Si se dispone de él, es importante tener en cuenta el informe psicológico y dos datos obtenidos a través de las Escalas de Evaluación de la actividad global (EEAG) y de Evaluación de la actividad social y laboral (EEASL).

8.4.2 Valoración y diagnóstico de la Incapacidad laboral por trastorno mental

El abordaje de la valoración médica de la incapacidad laboral por trastorno psiquiátrico, es médico-laboral.

El grado de discapacidad producido por un determinado trastorno mental, puede variar considerablemente entre distintos pacientes y su intensidad no está correlacionada necesariamente con el diagnóstico.

El diagnóstico, basado en la objetivación de fenómenos psicopatológicos (signos y síntomas) agrupados en síndromes o trastornos característicos, por sí mismo ofrece poca información sobre el grado de déficit que presenta el individuo. Para evaluar el grado de discapacidad, será fundamental atender a las limitaciones funcionales del paciente a consecuencia del trastorno mental:

1) Repercusión en la actividad laboral, y 2) Repercusión sobre el grado de autonomía personal, en actividades de vida diaria (grado de independencia, adecuación y eficacia), aseo, comida, desplazamiento, etc.

Nada sucede en el sujeto sin la participación de su psiquismo. En ocasiones la enfermedad, es una forma de comportamiento. Determinadas “patologías” se pueden utilizar como “huída”, como una salida, una “respuesta” a una situación laboral que considera estresante o bien ante una situación laboral no deseada, con lo que las bajas se prolongan, se “refugian en la enfermedad”, casi “impidiendo que ésta remita”.

Los trastornos psiquiátricos en su conjunto tienen un importante impacto en el mundo laboral. En los procedimientos de incapacidad laboral, hay a veces factores que incrementan la dificultad que el propio proceso clínico tiene. El interés o motivación por parte de la persona para conseguir la jubilación por incapacidad total o absoluta, puede modular la expresión clínica, y en algunos casos hipertrofiar signos y síntomas, en su “lucha” tanto por inicialmente permanecer de baja, como por conseguir una incapacidad a continuación.

De ahí que a la hora de tomar decisiones, los Facultativos necesitan tener seguridad en el diagnóstico y de cómo éste interfiere en la vida laboral. En la evaluación psiquiátrica se debe disponer de toda la información posible, para emitir un diagnóstico que permita la formulación clínica del caso.

En el RD 1971/1999, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, en el Anexo I A, capítulo 16: Enfermedad, se expone que: “La valoración de la enfermedad mental se realizará de acuerdo con los grandes grupos de trastornos mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados CIE-10, DSM-IV-TR. Teniendo como referencia estos manuales, los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración son: trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, disociativos y de personalidad.

Partiendo del hecho reconocido de que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «Trastorno Mental», entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que, interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración.

Para la valoración de la discapacidad originada por Enfermedad Mental se tendrán en cuenta tres parámetros:

1. Capacidad para llevar a cabo una vida autónoma.
2. Repercusión del trastorno en su actividad laboral
3. Presencia y estudio de los síntomas y signos constituyentes de criterios diagnósticos”.

El punto 2 de la Repercusión del trastorno en su actividad laboral dice que “Vendrá dada por:

a) El déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas. Esta función hace referencia a la capacidad para mantener una atención focalizada de modo que la finalización de las tareas laborales se lleve a cabo en un tiempo razonable.

b) El deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes, entendiendo como tales la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con jefes y compañeros, etc. El fracaso puede ponerse de manifiesto en forma de retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias, también por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno en cuestión”.

La enfermedad mental como problema de salud pública es una de las grandes preocupaciones para organismos sanitarios, empresas, gobiernos... con importante morbilidad en atención primaria, frecuente comorbilidad con otras enfermedades, larga evolución con remisiones y con recurrencias gran impacto económico, laboral y socio-familiar a lo largo de los tiempos, generando elevado número de trabajadores con incapacidad laboral.

Siempre que el diagnóstico sea el de un Trastorno Mental Grave es presumible que se llegue a una IP, tanto por el diagnóstico CIE o DSM, como por la cronicidad, la incapacidad laboral, y la discapacidad socio personal de la persona que lo sufre. Son Trastornos Mentales Graves: Trastornos esquizofrénicos, Trastorno esquizotípico, Trastorno delirante persistente, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno bipolar, Trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos, Trastorno depresivo grave persistente, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastornos del control de los impulsos, Trastornos de dependencia de alcohol u otras drogas. La afectación del funcionamiento laboral, personal familiar, social, puede medirse a través de la escala EEAG, (Escala de Evaluación de la Actividad Global), o de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la OMS). La discapacidad en cuanto a que está afectado el funcionamiento personal, laboral, socio-familiar, está en general asociada a trastornos mentales.

Los trastornos mentales, presentan características diferenciales de otras patologías, a la hora de su valoración al ser procesos generalmente crónicos, en los que no se habla de curación sino de remisión, diferentes en cuanto a la evolución, en la respuesta al tratamiento y en el deterioro, que no sólo está relacionado con el diagnóstico sino también con circunstancias socio-familiares y laborales.

Valorar la incapacidad es arduo ya que es necesario no sólo conocer el menoscabo de la persona, sino ponerlo en relación con la actividad que desarrolla y esto da lugar a problemas de diversa naturaleza, no sólo por los aspectos económicos que implica, sino porque la evaluación se realiza a una persona cuya integridad psicofísica se ve afectada en mayor o menor grado de las facultades consideradas como normales para el desempeño de una actividad. De ahí la dificultad de enmarcar en rígidos patrones diagnósticos las especiales características de cada una de las personas evaluadas.

Básicamente, requiere además de la valoración médica física y/o psíquica, las características individuales socio-familiares y personales, valoración psicológica y laboral: requerimientos, exigencias, circunstancias condiciones tareas, riesgos carga laboral física y mental, focalizando la .capacidad o incapacidad en función de las limitaciones personales, sociales, laborales, los efectos secundarios del tratamiento, y las exigencias de cada profesión.

Para Méjica y Bobes, 2011, es cierto, que la valoración desde el punto de vista psiquiátrico plantea problemas cuando se trata de una posible incapacidad permanente “no solo por la heterogeneidad y por ser dolencias de descripción médica difusa, tanto desde el punto de vista diagnóstico como en la determinación de de su repercusión funcional”. (99).

8.5 Cuándo hacer un Informe-Propuesta de IP en patología psiquiátrica

¿En qué momento hay que hacer un informe propuesta de IP? En patologías de ansiedad y depresión: Trilla, 2010, “Ante la persistencia en el tiempo de síntomas graves y/o una pauta farmacológica alta y mantenida, con mala respuesta a diferentes tratamientos y necesidad de ajustes. Ante síntomas como el mantenimiento de aislamiento social, intentos autolíticos que han requerido ingreso hospitalario, cronicidad y repetición de los cuadros. Siempre tiene que ir documentado con un informe del psiquiatra (que incluya datos clínicos), con el informe del psicólogo si ha actuado y una descripción del puesto de trabajo (lo hará la empresa). Por parte de la inspección es importante referir los episodios previos de baja laboral por este motivo y nuestra opinión respecto a la capacidad laboral del paciente”. (153).

En la Guía (162) de Valoración de la Incapacidad laboral, VVAA, 2009, para médicos de Atención Primaria, 2009, en las Consideraciones Generales en la Valoración de las Patologías Psiquiátricas en el ámbito de la Atención Primaria, dice que deben diferenciarse dos grupos. Uno es el de las patologías graves y habitualmente crónicas “que suelen afectar a las facultades superiores, suelen ser progresivas y alteran el juicio sobre la realidad”, que en general deben ser valorados para una posible IP. El otro grupo más numeroso constituido por síndromes depresivos, distimias, trastornos de ansiedad, fobias,

trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos... en los que las limitaciones suelen venir dadas por: “tristeza, falta de impulso, falta de ilusión, tendencia al aislamiento, emotividad”. La valoración es fundamental en ambos casos, y en el caso de existir limitación deben ser en las esferas laboral, social y familiar. “El grado de discapacidad no está correlacionado con el diagnóstico sino con la repercusión de este diagnóstico sobre el nivel de funcionamiento de cada individuo”.

8.6 Concurrencia de varias enfermedades en los expedientes de IP. Comorbilidad

Es destacable la importancia de la pluripatología en el inicio de expedientes de IP en enfermedades físicas y/ o varias enfermedades mentales.

Al igual que en otros países, en la población general de España, los trastornos mentales, en especial los del ánimo, suelen presentarse en comorbilidad, entendida como la presencia de uno o más trastornos o enfermedades, y se asocian con un mayor grado de discapacidad.

Se exponen a continuación algunos estudios publicados sobre el tema:

Para Pérez Pineda y García Blázquez 1996: “Puede considerarse excepcional el expediente de incapacidad, tanto en vía administrativa como judicial, donde sólo se alegue una causa o enfermedad. Lo habitual es que se refiera toda la patología, no sólo ya la sintomática que era conocida, sino la que se descubre a consecuencia de chequeos que se hacen con la finalidad de justificar mejor la petición ... Hay procesos intrínsecamente no incapacitantes que por sí solos permiten una actividad laboral normal, asociado a otra patología también menor e intrascendente, y que sin embargo la asociación produce unos efectos específicos que hacen incompatible el trabajo por diversos mecanismos o razones”. Exponen más adelante que los procesos patológicos asociados al principal, pueden influir sobre éste:

- 1) Agravándolo en estado suficiente como para convertirlo en invalidante, no siéndolo por sí solo.
- 2) Contraindicando los tratamientos del proceso principal, por lo que éste se verá agravado por dicha circunstancia.

- 3) Por el carácter sumativo (sic) de las lesiones. Es decir, no se agrava el proceso principal, pero se suma a los efectos de éste.
- 4) Por la influencia que el conjunto de los procesos puede tener en la calidad de vida.
- 5) Por la posibilidad de aumentar los factores de riesgo, o la posibilidad de secuelas, accidentes, peligro para terceros, etc.
- 6) Por incompatibilidades terapéuticas o interacciones entre unos y otros tratamientos, ya tengan carácter general o particular por idiosincrasia del sujeto.
- 7) Por riesgos sobreañadidos importantes que puedan relacionarse con la justificación de incapacidad". (118).

Giner et al. 2014, estudian a través de una revisión de literatura especializada la comorbilidad de la depresión y las enfermedades físicas. En los resultados: "La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades médicas es mayor que en la población general, alcanzando globalmente cifras superiores al 20%". "La fisiopatología de algunas enfermedades médicas, también puede tener un papel en el desarrollo de la depresión como ocurre con algunos trastornos neuroendocrinos o autoinmunes". "La prevalencia de la depresión y dolor crónico es elevada en el ámbito de la atención primaria, 56% y alcanza cifras más elevadas en la atención especializada, 69%". Consta en el punto 1 del Decálogo del consenso que "La depresión y ciertas enfermedades físicas presentan una relación bidireccional que dificulta el diagnóstico, tiene impacto en su pronóstico y plantea necesidades específicas para la intervención y el seguimiento" (70).

A modo de ejemplo citamos algunos estudios de comorbilidad física y psiquiátrica, en: EPOC, Enfermedad Cardiovascular y Diabetes, y Patología musculoesquelética.

Gutiérrez et al. 2014, han estudiado 204 pacientes ambulatorios con EPOC estable a los que se les realizó un cribado de síntomas de ansiedad o depresión mediante el cuestionario autoadministrable HADS y una confirmación posterior mediante diagnóstico psiquiátrico, ajustando el diagnóstico final a criterios CIE-10. Confirmaron la comorbilidad psiquiátrica (ansiedad o depresión) en el 36% de los pacientes. De todos estos pacientes sólo tenían diagnóstico de patología psiquiátrica al inicio del estudio, el 8%. En este estudio destacan la alta concordancia entre los resultados del cuestionario HADS y el

diagnóstico psiquiátrico de Ansiedad o depresión. La depresión se encontró en el 17% de los pacientes. (72).

En el estudio de Hert et al. 2009, dice que: “Comparativamente con la población general, la salud física de las personas con enfermedades mentales graves (EMG), como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar es peor y su esperanza de vida menor. Se ha constatado que la tasa de mortalidad de estos pacientes es 2-3 veces mayor que la de la población general y esta diferencia en la mortalidad se ha incrementado en las últimas décadas... Los estudios epidemiológicos han indicado, de forma consistente, una mortalidad cardiovascular mayor entre los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión”. También dice que un extenso estudio prospectivo “ha confirmado la presencia de alteraciones metabólicas significativas en el primer episodio de la enfermedad en pacientes esquizofrénicos, con una prevalencia de diabetes de un 3% entre los pacientes que sufren su primer episodio, la enfermedad se incrementa hasta un 16,5% entre los pacientes con una enfermedad de más de 20 años de duración...” (77).

Según el estudio EPISER 2000 realizado por la Sociedad Española de Reumatología, sobre la prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Laffon Roca, A. (investigador principal) expone que la mitad de las personas que se encuentran en incapacidad laboral lo están a causa de una enfermedad musculoesquelética. La OMS advierte de la necesidad urgente de afrontar el impacto de estas enfermedades; son las causas más frecuentes de la incapacidad en el mundo ya que afectan gravemente a la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades. (86).

Sobre la comorbilidad psiquiátrica: Consta en los resultados del Estudio ESEMe-España, que Autonell et al., 2008, usando la CIDI 3.0 encontraron que el 28,6% de los trastornos mentales presentaron algún tipo de comorbilidad. Los trastornos con porcentajes elevados de comorbilidad son: dependencia de alcohol (100%), trastorno de ansiedad generalizada (81,5%), distimia (73,0%), trastorno por angustia (70,6%), agorafobia (59,7%), trastorno por estrés post-traumático (59,5%), episodio depresivo mayor (56,4%) y fobia social (52,7%). La comorbilidad entre trastornos afectivos y trastornos por ansiedad fue mayor, de forma independiente y estadísticamente significativa, en la mujer. (9).

8.7 Algunos estudios sobre IT e IP por patología psiquiátrica

No se ha encontrado información oficial disponible sobre IP motivada por Trastornos mentales en la población general. La escasa y dispersa información tanto sobre IT como de inicio de propuestas de IP por trastorno mental, (mucho menor todavía), se ha venido realizando a través de las Mutuas, las CCAA, Ministerios, Sociedades Científicas, Sindicatos, y diversos profesionales interesados en el tema, los que han venido realizando estudios y publicaciones, alguna de las cuales constan a continuación.

Es útil conocer el perfil socio-laboral y las situaciones clínicas de los trabajadores que llegan a una resolución de IP. Se han realizado estudios sobre condiciones de trabajo, nivel educativo, precariedad laboral, condiciones de trabajo, nivel de ingresos, contratos temporales y/o a tiempo parciales, discriminación, empleos con riesgo para la salud... utilizando la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), que es de elaboración anual y contiene información de las personas que en algún momento de ese año estuvieron dados de alta como trabajadores o como pensionistas de la Seguridad Social, con una muestra de 4% de esa población para cada año, es decir un millón doscientos mil. Pero en esta MCVL no están reflejados diagnósticos.

Revisión de alguno de los estudios publicados.

García Calleja, estudia la repercusión de la depresión en la incapacidad laboral, se ha estudiado en la IT prolongada, en algunos colectivos como profesores, personal sanitario... y también estudios que estiman el coste de esta enfermedad. Existe la opinión generalizada entre los profesores de que el ejercicio de la profesión produce una alteración en su salud psíquica más o menos importante y que afecta a gran número de docentes. “El sector de la enseñanza, supone un medio extremadamente complejo, por la pluralidad de tareas a realizar tanto docentes como no docentes; por la variedad de los niveles desde la educación Infantil hasta la Universidad; por la diversidad de las relaciones laborales, sustituciones, interinidades, propietarios en expectativa de destino, propietarios con destino provisional, propietarios con destino definitivo, comisiones de servicio, etc., por la diversidad de relación con la sociedad, con las distintas administraciones, con la empresa, etc., todo ello hace que sea un mundo muy complejo pero muy rico a la vez”.

Esta investigación trata de conocer el impacto de las licencias IT por patología psiquiátrica en el profesorado público no universitario en el ámbito del territorio de la Consejería de educación en Palencia, durante trece años académicos desde el curso 1989-90 a 2001-2002 (las competencias fueron transferidas en el año 2000). Los partes de baja IT, de los profesores de MUFACE, las licencias por bajas oficiales de enfermedad son un documento administrativo.

El número total de profesores en el curso 2001-2002: 1958 y en este curso, las bajas psiquiátricas, constituyen el 2,40 % de total de los profesores, siendo mayor entre las profesoras 2,89% del total, de secundaria (3,10% del total), en edades de 30-39 años. Las enfermedades psíquicas: durante el curso 2001-2002: 74,47%, depresión; 17,02% Neurosis de ansiedad, La proporción de las bajas en este curso 2001-2002; en Psiquiatría fueron el 8,33% del total de las bajas. En la Delegación provincial de Educación de Palencia, las enfermedades psiquiátricas ocupan el cuarto lugar en cuanto al número de bajas por grupos diagnósticos, y la depresión el tercero en cuanto a procesos más frecuentes. Ha estudiado también todos los casos de Incapacidad Temporal (no dice cuantos) en los que se ha realizado la propuesta para Incapacidad Permanente desde 1991 hasta 2002 incluido. De todos ellos, el 81,48% han acabado en Jubilación por incapacidad permanente, siendo el 45,45% por Enfermedades Psiquiátricas “reflejan la mala evolución de las enfermedades psiquiátricas en los docentes” (65).

Arancón 2002, presenta un estudio descriptivo y transversal sobre el total de solicitudes de IP calificadas por el Equipo de valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS de Soria, durante los años 1999-2000. Se ha calificado todos los casos de IP demandada, es decir el total de casos evaluados, con un total de 394, (68,3% hombres y 31,7% mujeres), y en cuanto a la edad el 57,2% mayores de 50 años, independientemente de que el resultado o no de la calificación sea o no de IP. El diagnóstico realizado es de CIE-9-MC.

Los grupos con mayor peso porcentual de patología: patología de columna vertebral (22,8%); Artrosis de articulaciones periféricas (9,9%); trastornos mentales (9,9%). En los hombres la patología por trastornos mentales era del 10,4% y en las mujeres del 8,8%. En cuanto a la edad, el grupo de 16-30 años, la patología mental (10,2%), en el de 35-49 años, ascendía a 16,1%, y en el de >50 años, era del 6,6%.

El autor informa que estos datos no pueden extrapolarse a otros ámbitos geográficos o poblacionales, es meramente descriptivo y no tiene en cuenta la población activa de cada uno de los grupos, del que los Funcionarios de MUFACE eran el 2,3% de los casos. (4).

Arancón 2004, presenta el mismo estudio descriptivo y transversal, que el del año 2002 sobre el total de solicitudes de IP calificadas por el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS de Soria, durante los años 1999-2000. Aprecia que las ramas de actividad con tasas más elevadas son la industria de productos alimenticios, la construcción y la rama de comercio, transportes y servicios. Y MUFACE, administración pública y actividad sanitaria son en las que la tasa de IP global es más baja” (5).

Valero et al 2004, realizaron un estudio descriptivo sobre una muestra estadísticamente significativa, muestra aleatoria (1757) del total de expedientes (12.723) de IP iniciados en la Dirección Provincial del INSS de Madrid durante el año 2001. “Se han excluido los expedientes de Convenios Internacionales, Clases Pasivas, Orfandad, Revisiones y los de Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez. Se han utilizado las categorías diagnósticas de la CIE 9 MC para la codificación de la patología procediendo a codificarse los 3 diagnósticos más incapacitantes por orden de importancia (según criterio consensuado por los autores), de aquellos que figuraban en el expediente” (pág. 41).

La edad media corresponde a 47,9 años, siendo el intervalo 50-59 el que registra el mayor número de casos. El número de varones es superior al de mujeres (62,7% y 37,3% respectivamente). El 85,4% de los expedientes corresponden al régimen general, perteneciendo al grupo profesional de trabajadores no cualificados el mayor número de éstos.

La distribución por grupos diagnósticos sitúa en quinto lugar a los trastornos mentales con un 9,6%. Según contingencia del total, el 76% corresponde a enfermedad común. La calificación del total de los evaluados: IP Total 22,5%; IP Absoluta 22,7% y Gran Invalidez 1,4%.

Realizan una comparación con otros estudios de 1990 y 1993, en que las enfermedades mentales se sitúan en cuarto lugar con 8,6% y 5,9% respectivamente y en quinto lugar en el año de estudio con el 9,6%. Observan un aumento de los expedientes debidos a accidentes, siendo la patología del aparato locomotor la que con más frecuencia figura en los expedientes de IP.

El número de expedientes iniciados en 2001, por neoplasias y enfermedades mentales, ha sufrido un aumento importante en relación a estudios anteriores (154).

Causas de IP en una Administración Local son estudiadas por Ares et al., 2004, analizando los casos de IP producidos entre los trabajadores de la Diputación Provincial de Cádiz entre enero de 1990 y 31 de diciembre de 2002. La población laboral media de esta Diputación en el periodo estudiado fue alrededor de 1500 trabajadores. Durante el periodo estudiado de las 364 jubilaciones que se produjeron, el 53,85% (196) lo fueron por IP, siendo la edad media por IP de 55,75 años, y en el 52,64% de los casos la IP declarada fue Absoluta, siendo las causas más frecuentes: enfermedades osteomusculares (25,45%), neoplasias (21,66%) y cardiovasculares (17,83%), y en cuarto lugar enfermedades psiquiátricas (10,19%). (6).

Un estudio observacional descriptivo sobre IT y trastornos mentales es el realizado en la Comunidad de Madrid Rodríguez, 2005. Un total de 1628 trabajadores en IT, con edad media de 43,5 años, y al grupo estudiado desde enero 2002 a septiembre 2003, pertenecían, pacientes con pago directo por el INSS: desempleados, autónomos, empleadas del hogar y régimen agrario. El 11,2% presentaban como diagnóstico principal algún trastorno mental, y de ellos el 17,8% relacionaban su patología con el trabajo. En las conclusiones exponen que los trastornos mentales son la segunda causa de IT de larga duración, uno de cada cinco relaciona su patología con el trabajo y los trastornos más prevalentes, los trastornos de adaptación, los trastornos mixtos ansioso-depresivos y los episodios depresivos. (139).

Factores que influyen en una IP, es un trabajo expuesto en forma de panel (núm. 327), en el 6º Congreso Mundial Wonca en Salud Rural. Santiago de Compostela 24-27 de septiembre). Los autores Molina et al 2006, realizan un estudio descriptivo transversal, zona periurbana de la CCAA de Madrid. 523 personas entre 20 y 67 años, solicitaron la IP entre el 1 de enero de 1999 y el 30 de junio de 2002. La proporción de personas que obtuvieron la IP fue del 57,6%. Los diagnósticos principales que llevan a la concesión de la IP son la enfermedad neumológica y las neoplasias, siendo la enfermedad osteoarticular la que más lleva al médico a proponer la incapacidad. No encuentran asociación con el régimen laboral (autónomo lo general). No constan diagnósticos de enfermedad mental ya que en el trabajo sólo consta si hay o no enfermedad osteoarticular. (103).

Estudio sobre IP en Valencia años 2002-2005. (134). Rivas et al. 2006, pretenden conocer las enfermedades predominantes como posible causa de IP. En las consultas médicas llevadas a cabo desde el 2 de enero de 2003 al 30 de diciembre de 2005. Evaluaron 5148 pacientes ambulatorios, mayores de 16 años, con edad media de 50,96 años, de los 5148, el 59,36% eran hombres, Los estudiados estaban en situación o no de IT por enfermedad común, enfermedad profesional, accidente de trabajo y accidente no laboral, estaban como trabajadores activos el 59,68% de los valorados. Los pacientes habían sido remitido para su valoración a las Unidades Médicas de Evaluación de I.P. desde “las Áreas de Inspección Sanitaria dependientes de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana, las Unidades Médicas del INSS dedicadas a la Evaluación y Control de la I.T. Las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social (MATEPSS), otros organismos como la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) y las Clases Pasivas del Estado (CP), o bien por solicitud directa del interesado al INSS”. (En el grupo no había trabajadores de otros regímenes especiales: minería del carbón, trabajadores del mar, Seguro escolar) Los diagnósticos fueron codificados con CIE-9 y CIE-10. Fueron reconocidas situaciones de IP en 2505 casos (48,3% de los pacientes valorados).

El 83,33% correspondían a enfermedad común, y el 3,41% a accidente no laboral. Las enfermedades predominantes: Enfermedades del Aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos 2091 (40,33%), Trastornos mentales 822 (15,85% de los casos).

De los 822 diagnósticos de trastornos mentales los más frecuentes: 326 correspondían a Trastornos del humor (afectivos), 282 a Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, 82 a Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, 76 a Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, 25 a Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

En las Resoluciones destacan: IP total 1639 (31,61%, IP absoluta 767 (14,79%) y Gran invalidez 92 (1,77%) por grupos diagnósticos: Trastornos mentales IP Total: 354, IP Absoluta: 104, y Gran Invalidez: 3.

No constan los diagnósticos por los que pasaron a esa situación administrativa de IP, y si todos ellos lo fueron por contingencia común, si eran trabajadores en activo.

Con el título de: Depresión: trastorno psiquiátrico común Sallent et al. 2007, realizaron un estudio descriptivo y transversal en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona con 22.000 habitantes, incluyendo en el estudio “a todos los pacientes en situación laboral activa” entre los 18 y los 65 años desde junio de 2004 hasta octubre de 2006. “Se analizó durante este periodo la duración del proceso de IT en la población y se realizó una comparación por grupos de edad y sexo”. Los diagnósticos que estudiaron fueron: depresión endógena, depresión reactiva y trastorno ansioso-depresivo. “Los datos se obtuvieron mediante la revisión sistemática de la historia clínica informatizada (Programa OMI-AP), y la revisión de la IT informatizadas y codificadas según la clasificación CIAP-1 para atención Primaria. El total de las IT: 6.079. El 6,9% tenían los diagnósticos fijados para el estudio, y de ellos el 64,5% correspondían a mujeres. La duración de la IT en días por diagnósticos estudiados es de 89,7%, 13,15 días para las mujeres y de 73,84%, 5,71 días para los varones Todo ello indica que la prevalencia y la duración de las IT en los diagnósticos estudiados es mayor en las mujeres. (143).

Rivas y Molina, 2008 realizaron un estudio a través de un diseño de tipo observacional prospectivo. Incluyeron en la fase inicial del estudio 389 trabajadores, ubicados en Cataluña, con edad media 34,3 años, 55% hombres y 45% mujeres. Se les realizó entrevista clínica y rellenaron el test GHQ-12. Estiman el riesgo de causar un episodio de IT en función de variables demográficas, laborales y nivel educativo. Concluyen, que el nivel formativo aparece como un factor de riesgo de los episodios de IT con una relación inversa entre ambas variables. La probabilidad de IT es mayor, cuanto menor es el nivel formativo. (135). Este estudio es limitado, y no permite extrapolarlo a otras poblaciones.

Utilizando el protocolo informático ATRIUM (acrónimo de Aplicación de Trabajo Informático de las Unidades Médicas), el informe y la propuesta de la Mutua se tramitan al INSS, se asumen en una Unidad Central de Informática que los distribuye por las diferentes Direcciones Provinciales, en cada una de las cuales hay un EVI, cuya Unidad Administrativa cita a los pacientes para ser valorados por la Unidad Médica (médicos evaluadores o inspectores). Los autores García y Ruiz 2008, han realizado un estudio descriptivo de trabajadores en IT por contingencia común (ITcc), adscritos a ASEPEYO, siendo valorados 869 expedientes por el EVI:

686 pacientes de Castilla La Mancha, en IT en 2008 y que han superado los once meses de baja. Patología psiquiátrica en 131 casos. En la primera resolución del INSS, del total: IP 220 (31,05%) e IP en 29 (20,27%) de los 131 casos psiquiátricos. El resto de las resoluciones fueron altas y prórrogas.

193 pacientes de Extremadura, en IT durante el año 2008 que han superado los once meses de IT. Patología psiquiátrica en 36 casos (18,65%). La primera resolución del INSS fue IP en el 29,01% (56 casos del total). De los casos psiquiátricos dictaminó IP en 8 casos de los 36. El resto de las resoluciones fueron altas y prórrogas. (64).

También Vázquez y Camio, 2008, realizan una investigación a través de los datos extraídos de los expedientes tramitados por ATRIUM en las Islas Baleares y en el ámbito de ASEPEYO durante el año 2008 en patologías con IT superior a once meses. La implementación nacional de ATRIUM a nivel nacional se hizo escalonadamente de 2003 a 2008 en las diferentes Direcciones provinciales del INSS. En las Islas Baleares empezó a funcionar en enero de 2008. El estudio consistió en 208 expedientes (55% mujeres con edad media de 49 años y 45% hombres con edad media de 59 años), de ellos 172 de Régimen General (83%). La respuesta del INSS fue de IP a 47 casos (23%). El resto de las resoluciones, altas y prórrogas. La patología psiquiátrica: 29 casos del total (14%), no consta cuántos pasaron a IP con esta patología. (157).

Martínez Herrera, Médico evaluador, expone una Comunicación personal, en Conferencia impartida en el Máster de Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid día 19 de mayo de 2008 los diagnósticos más frecuentes de Salud Mental, de procesos cerrados de IT en Comunidad de Madrid INSS.

Enero de 2008: Depresión neurótica, 0,72%; Estados de ansiedad, 0,65%. Febrero de 2008: Depresión neurótica, 0,75%; Estados de ansiedad, 0,73%. Marzo de 2008: Depresión neurótica, 0,93%; Estados de ansiedad, 0,92%. Abril de 2008: Depresión neurótica: 0,86%; Estados de ansiedad, 0,92%

Resultado de 3472 reconocimientos médicos (marzo-abril 2008), a los 12 meses de IT, fue de IP del 25,13% (866 del total de reconocimientos)

Resultados de 3733 Resoluciones del Director Provincial a los 12 meses de IT (marzo-abril 2008): IP, 24,02% (897 del total de resoluciones). Las contingencias valoradas: Enfermedad común y enfermedad profesional, accidente de trabajo y accidente no laboral.

Este autor expone que la IP en la CCAA de Madrid por grupos diagnósticos, los Trastornos mentales alcanzan el 9,6%, ocupando el quinto lugar, tras enfermedades del sistema circulatorio, lesiones y envenenamientos, sistema nervioso y osteomuscular y tejido conectivo.

En la distribución de la contingencia, la enfermedad común supone el 76,6%. La calificación del total de los evaluados: IP Total 22,5%; IP Absoluta 22,7% y Gran Invalidez 1,4%.

En cuanto a la frecuencia por diagnóstico de los trastornos mentales:

Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos (25,6%), Trastornos neuróticos (21,4%), Trastornos esquizofrénicos (19,6%), Psicosis afectivas (8,9%), Síndrome de dependencia al alcohol (6,5%), Trastornos de personalidad (3,0%), Dependencia de drogas (3,0%), Reacción de adaptación (3,0%), Psicosis orgánicas transitorias (1,8%), Psicosis alcohólica (1,2%), Estados paranoides (1,2%), Trastorno mental o psicótico por lesión cerebral orgánica (1,2%), y Otros (3,0%).

Los diagnósticos más frecuentes por grupos de edad: 16-25 años (0,6%): Psicosis afectivas, 26-35 años (13,3%): Trastornos esquizofrénicos y Trastornos depresivos NCBOC (no clasificado bajo otros conceptos), 36-45 años (31,3%): Trastornos esquizofrénicos, Trastornos neuróticos y Trastornos depresivos NCBOC, 46-55 años (34,9%): Trastornos depresivos NCBOC, Trastornos neuróticos, y 56-65 (19,9%): Trastornos depresivos NCBOC.

En la Resolución por diagnóstico:

- Trastorno depresivo NOBOC: IP Total 2,3%, IP Absoluta 53,5%. El resto: demora y no incapacitante.
- Trastornos neuróticos IP Total 13,9%, IP Absoluta 19,4%. El resto: demora y no incapacidad.
- Trastornos esquizofrénicos IP Total 9,4%, IP Absoluta 81,3%, El resto: demora y no incapacidad.

- Psicosis afectivas IP Total 6,7%, IP Absoluta 73,3%. El resto: continuar tratamiento y demorar y no incapacidad.
- Síndrome de dependencia al alcohol IP Total 9,1%, IP Absoluta 23,7%. El resto: continuar tratamiento y demorar y no incapacidad. (97).

Carbajo, 2009, informa sobre procesos IT Bajas Servicio Provincial de Salud en 2008. Entre los 20 diagnósticos más frecuentes: Estados de ansiedad, Depresión neurótica, Trastorno depresivo no especificado bajo otros conceptos, y Estado de ansiedad no especificado Procesos IT>12 meses que dan lugar a resolución de alta Primer semestre de 2009, nº de resoluciones: 31.867: Síndrome depresivo ansioso 6,31% de las resoluciones; Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos, 4,40%; Estados de ansiedad, 3,98%; Reacción de adaptación no especificada, 3,55%; Trastorno depresivo mayor, 0,98%.

Procesos IT>12 meses que dan lugar a resolución de IP, Primer semestre de 2009. Nº de resoluciones 23.591: Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos, 2,61% del total de las resoluciones, Síndrome depresivo ansioso, 2,54%, Trastorno depresivo mayor, 1,30%. Reacción de adaptación no especificada, 1,07%, Trastorno afectivo bipolar no especificado, 0,84%. (29).

González Kett, et al., 2009, realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que habían presentado IT de más de 15 días durante el año 2006 “por Trastornos de ansiedad y depresión en los centros asistenciales de ASEPEYO de la Comunidad Autónoma de Madrid, tomando una muestra de 600 pacientes. Los diagnósticos fueron aglutinados en tres grupos: depresión con ansiedad, trastorno de ansiedad y depresión”. El 25% de pacientes con estos diagnósticos, fueron derivados a un especialista consultor de la Mutua.

De las propuestas de IP realizadas por los médicos de la Mutua “se iniciaron los trámites en el SPS aproximadamente en el 25% de los casos”, en los tres tipos de diagnóstico, y sin respuesta entre el 25 y el 44% de los casos, dependiendo del diagnóstico (más elevado en el primer y tercer grupo. (73).

Fisac et al 2009, describen estas autoras, 1209 casos que en la CCAA de Madrid superaron el año de baja laboral por contingencias comunes remitiendo la Mutua ASEPEYO, el expediente médico vía ATRIUM al INSS de

enero a diciembre de 2009. En primera resolución el INSS la resolución de IP fue el 9,19% (111) del total de los casos. El resto de las resoluciones fueron entre otras: altas y prórrogas. Describen también los datos tras la segunda y tercera resolución del INSS. No consta tipo de patología. (59).

Vicente Herrero et al. 2010, exponen que en el año 2009, se tramitaron en el INSS, “y a cargo de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) 166.982 expedientes de valoración de valoración de Incapacidad Permanente, se realizó el seguimiento de 593.625 procesos de Incapacidad Temporal...” (159).

El Instituto Nacional de la Seguridad Social, en la Jornada sobre Incapacidad Temporal INSS-SEMG “Un año tras el cambio del año” analiza las medidas adoptadas desde el año 2004, de gestión, normativas, y de coordinación con los SPS y MATEPSS. Del total nacional indica Procesos IT INSS Año 2008, los 20 diagnósticos más frecuentes en los Partes de baja del SPS. El 11º los Estados de ansiedad, el 15º Depresión neurótica, el 18º trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos, y el 20º Estado de ansiedad no especificado.

En los procesos de IT de más de 12 meses el total nacional de 2º semestre de 2008, se realizan 21.819 resoluciones que dan lugar a resolución de inicio de IP, de las cuales 634 (2,91%) son por Síndrome depresivo ansioso, 618 (2,83%) por Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos, 326 (1,49%) Depresión mayor, 214 (0,98%) Trastorno bipolar, 207 (0,95%) Trastorno adaptativo, y 196 (0,90%) Trastorno de ansiedad.

De las enfermedades físicas ocupan los tres primeros lugares en número de resoluciones de inicio de IP: Hernia discal lumbar, Lumbalgia y Neoplasia de mama. (82).

Fernández Lareu, analiza la gestión del control de la IT por contingencia común en un Centro Asistencias de ASEPEYO en la Ciudad de La Coruña, procesos calificados como enfermedad común, gestionados directamente por el Sistema Público de Salud. En el estudio no constan datos médicos de procesos diagnósticos, ni sexo, ni edad, y las propuestas de IP las realizan casi al límite de agotar los plazos reglamentarios.

En el periodo de 1 de octubre de 2005 a 30 de septiembre de 2006: 919 primeras visitas. 89 propuestas de IP, siendo aceptadas por el INSS 29 (el 32,58).

- De 1 de octubre de 2006 a 30 de septiembre de 2007, 1065 primeras visitas. 66 propuestas de IP, siendo aceptadas 13 (19,69%).
- De 1 de octubre de 2007 a 30 de septiembre de 2008, con baja de más de quince días 1419. Propuestas de IP 69, siendo aceptadas 10 (14,49%).
- De 1 de octubre de 2008 a 30 de septiembre de 2009, con baja de más de quince días 1595. Propuestas de IP 73, siendo aceptadas 15 (20,55%), y 29 sin contestar. (55).

Calvo Bonacho, realiza un estudio epidemiológico multicéntrico, observacional descriptivo y prospectivo, en una población protegida por IBERMUTUAMUR (incluía en el periodo del estudio alrededor de 632.000 trabajadores), en lo que se refiere a contingencias comunes todos en IT. La muestra: 16.174 pacientes con baja por contingencia común, entre los años 2003-2007, con diagnósticos CIE-9. De la muestra, el 8,9% de los casos (1116) tenían diagnóstico de algún trastorno neurótico (CIE-9-MC 300). El 11,2 % presentaron al menos un diagnóstico de otra patología física o mental y un 63,5% presentó bajas previas al episodio estudiado. El 70% de los trabajadores requirió ser derivado a un especialista en Salud Mental.

La reacción de adaptación en un diagnóstico frecuente en los contextos clínicos, y casusa frecuente de IT. En la muestra el 7,4% (1193 casos) presentaban este diagnostico CIE-9-MC 309 Reacción de adaptación. Un 9,9% presentaban al menos otro diagnóstico y un 60,4% había tenido bajas previas a la situación actual.

Los trastornos depresivos. El 7,2% de los trabajadores de la muestra (1165) presentó como diagnóstico principal CIE-9-MC: 311 Trastorno depresivo. Tenían bajas previas el 63%. Un 14% presentaba alguna comorbilidad. No consta en este estudio propuesta de incapacidad permanente. (28).

En otro trabajo, Calvo Bonacho, trata de establecer los estándares de duración de la ITCC para las patologías más frecuentes en la población laboral protegida por IBERMUTUAMUR, y comparar los estándares de duración

obtenidos, con los establecidos por el INSALUD (2001), y los propuestos por el INSS (2009), Estudio de una población protegida por Ibermutuamur, que incluía el periodo del estudio alrededor de 632.000 trabajadores, en lo que se refiere a contingencias comunes todos en IT. La muestra: 16.174 pacientes con baja por contingencia común, entre los años 2003-2007, con diagnósticos CIE-9, y únicamente ha estudiado los casos de IT con 365 días como máximo. Expone: “Hemos comprobado que es factible crear modelos predictivos fiables que permitan optimizar la gestión de la ITCC”. (27).

Declós et al. 2010, estudia (45) la duración de la IT por contingencia común iniciada entre 1 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2006, gestionado por una Mutua de cobertura de ámbito estatal (MUTUA MC MUTUAL, ESPAÑA) en 258.751 episodios de ITcc de duración prolongada (>15 días), hombres y mujeres, del Régimen General y del Régimen especial de Autónomos, seguidos hasta el alta. Un alto porcentaje de casos, sin diagnóstico médico especificado, por lo que especifican los autores, obliga a una interpretación cuidadosa de los resultados. Las patologías más frecuentes fueron las osteoarticulares (22,2%), seguidas por las traumatológicas (16,7%) y las psiquiátricas (12,3%) siendo los diagnósticos más frecuentes CIE-9: Trastorno depresivo (311), Estados de ansiedad (300) y Trastorno distímico (300.4).

Benavides et al. 2010, describen la incidencia de la incapacidad permanente, común y laboral, según variables sociolaborales y territoriales. “Cohorte retrospectiva de 768.454 afiliados al régimen general de la SS seguidos entre 2004 y 2007, basándose en la Muestra Continua de Vidas Laborales de la Seguridad Social. En los 4 años de seguimiento se identificaron 7749 casos. Resultados: la incidencia de la incapacidad permanente de origen común fue 10 veces superior a la de origen laboral (36,3 frente a 3,7 por 10.000 trabajadores-año). El número de casos de incapacidad permanente iniciados entre 2004 y 2007 en la población de estudio fue de 7749 (717 casos de origen laboral y 7032 casos de origen común). La incidencia de ambos orígenes fue más alta en los hombres, aumenta con la edad y disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios. Por CCAA y para IP común, Asturias presentó la mayor incidencia y Madrid la menor (56,7 frente a 23,3). Para incapacidad permanente laboral Asturias sigue teniendo la mayor incidencia, mientras que Navarra tiene la menor (7,8 frente a 1,4). Estas diferencias se mantuvieron respectivamente, para incapacidad común y laboral para Asturias, después de

ajustar por sexo, edad, nivel educativo, tamaño de la empresa y actividad económica”.

En el propio estudio se señalan las limitaciones del mismo y así destaca “la ausencia de información sobre el diagnóstico médico que justifique la incapacidad permanente, en especial la común que habría permitido analizar por separado las incapacidades permanentes según la patología que las justifica”... “Tampoco hemos podido incluir en los análisis el número de episodios de incapacidad temporal previos a la incapacidad permanente tanto común como laboral”. (18).

El resultado de un estudio llevado a cabo por Solé y Rodríguez, (147) indica que en el año 2005 las personas con IP son el 0,39% del total de las que tuvieron una relación laboral activa ese año, ya sea trabajador por cuenta propia o ajena, entre 16 y 65 años, con una edad media de 51,20 y de las que el 58,86% tiene IP total, el 38,67% IP absoluta, y el 2,47 Gran invalidez.

Destacan que son de más edad y con menor nivel de estudios que la media de la muestra y “empleados en trabajos poco cualificados y en trabajos de mayor riesgo de accidente o enfermedad profesional”. También confirman que las condiciones laborales y contractuales -como sería la temporalidad- tienen un peso mayor que factores como la educación (un determinante clásico de diferencias en salud) en la determinación de diferencias en discapacidad para los jóvenes y los emigrantes, si se comparan con los adultos de mayor edad”. Este estudio no indica qué IP son por enfermedad común o profesional ni por accidente laboral o no. En él, continuamente menciona la palabra “discapacidad”, parece que el término IP está siendo sustituido por los especialistas por el de Discapacidad.

En el Proyecto de UGT, Rodríguez Cabrero, 2011, revisa las ITcc durante el año 2010 en población afiliada a la Seguridad Social cubierta por la Mutua de Accidentes FRATERNIDAD-MUPRESA. Población de estudio 971.580 afiliados, lo supone 5,5% del total de afiliados a la SS de España. 55% hombres y 45% mujeres. Edades: 16-24; 25-34; 35-44; 45-54; >55. Los trabajadores objeto de estudio, en 2010, se registraron 100.114 partes de baja por ITCC El diagnóstico, según CIE-9. Las enfermedades que causan más bajas en mujeres: osteo-mioarticulares (34,53 por 1000), seguido de Trastornos mentales (14,49 por 1000 asalariadas). En los hombres los trastornos mentales ocupan el cuarto lugar con el 6,61 por mil asalariados. Durante 2010 tramitaron

9751 partes de baja IT por enfermedad mental (63,92% en hombres y el 36,08% en mujeres).

Los trastornos mentales que con más frecuencia causan baja médica tanto en hombres como en mujeres: Ansiedad (62,83% en mujeres y 58,44% en hombres; estrés (20,47% en mujeres y 18,39% en hombres); y depresión (9,61% en mujeres y 9,18% en hombres). Ninguna referencia a propuesta de IP (138).

Marchena et al. 2011, describen, (94) las características de la población trabajadora de la Diputación provincial de Cádiz, a la que se le concedió una incapacidad permanente en el periodo 1995-2009. Se trata de una empresa pública de competencia y ámbito de actuación provincial, con una población media de 1600 trabajadores. Los autores han realizado un estudio descriptivo retrospectivo. El número de IP concedidas durante esos años fue de 192. La edad media cuando se les concedió: 54,06 años y con una media de antigüedad de 24,98 años. Los resultados de estos quince años: IP total 50,5%; IP Absoluta, 49,7%, y Gran Invalidez 1,6%. El tipo de patología más frecuente: enfermedades músculo-esqueléticas (29,7%); neoplasias (23,4%); y son causa de IP entre los 50 y 59 años; los trastornos mentales (18,8%), son más frecuentes en la década de los 40.

En un estudio específico sobre la incidencia de la IP en Cataluña para 2007 realizado por el ICAM y PSICOST con datos proporcionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, se analizaron 4271 registros de IP con propuestas para el grupo de salud mental (grupo 05) para la provincia de Barcelona. Se realizó una revisión del diagnóstico literal con el fin de identificar los nuevos casos de IP por diagnóstico de depresión. Los códigos de depresión utilizados en este análisis son F32, F33, F38, F39, F41.2. El análisis distingue entre las IP propuestas y las aceptadas. Un 10,69% de las IP aceptadas se refieren a diagnósticos de depresión.

Se ha estimado que de las 161.800 IP prevalentes en Cataluña en 2007, un 10,69% (17.302) son por diagnósticos de depresión. La media de edad de los trabajadores de la muestra afectados por IP es de 49,8 años.

De las 21.070 propuestas, correspondientes a la provincia de Barcelona, año 2007, 4271 son del grupo salud mental, y de estas fueron aceptadas 1288 (64,2%). Las propuestas aceptadas de IP por grupos diagnósticos de depresión,

el 73% se debió al grupo de al grupo de trastorno depresivo mayor y psicosis depresiva y cerca de un 22% al de trastorno mixto de ansiedad y depresión. La distimia y depresión neurótica representaron un 4,1% mientras que otros trastornos depresivos como el atípico y el no clasificado representan únicamente el 1,1%.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) registra 161.800 casos de IP para Cataluña en el 2007. Basado en las estimaciones del estudio, 17.302 (10,69%) de éstas corresponden a diagnósticos de depresión. (54).

Trastornos del estado de ánimo y rendimiento laboral. Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes en los trabajadores, y tienen consecuencias importantes, a largo plazo, en la ejecución de su actividad laboral. Presentan elevada incidencia y comprometen seriamente el rendimiento laboral y la eficiencia en las tareas.

Un estudio sobre el impacto del trastorno depresivo como causa de IT ha sido llevado a cabo con 1292 trabajadores con diagnóstico de trastorno depresivo CIE-9-MC, en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes Catalina, 2011 pertenecientes a la población protegida de IBERMUTUAMUR. Los resultandos “confirman el papel de la depresión como importante generador de incapacidad laboral”. (32).

Malo, y cols. 2012 de la Universidad de Salamanca al igual que otros investigadores que han usado MCVL, analizan datos de IT del año 2009 de la MCVL (Muestra Continua de Vidas Laborales), allí constan las personas que han tenido una o más periodos de IT con el inicio y fin de los mismos, por todo tipo de contingencias. En cuanto al alta puede ser: por mejoría, curación, control a los 12 meses, inspección médica, oficio, vencimiento de plazos, fin de relación laboral, incomparecencia, fallecimiento, etc. Destaca que: de los trastornos mentales un 4,4% de las IT terminan por inspección médica y un 4,3 por el control del INSS a los 12 meses. Además, en un 4,9 de los casos no se produce alta médica. (92).

La investigación llevada a cabo por Durán et al. 2012, tiene por objeto “describir la tendencia temporal de la IP en España desde 1992 a 2010 según la gravedad de la incapacidad y diferentes variables sociodemográficas y de afiliación a la seguridad social”. Incluyeron en el estudio IP total, Absoluta y Gran Invalidez. Las variables analizadas fueron: CCAA, tipo de contingencia

(común o profesional), y régimen asociado a la IP (general, autónomos, especial agrario por cuenta ajena o por cuenta propia, especial de minería del carbón, trabajadores del mar y empleados del hogar). Desde 1992 “hubo un total de 1.704.678 nuevas altas de IP, siendo el número de pensionistas de IP a diciembre de 2010 de 936.895 individuos” (pág. 535).

El número absoluto de IP es bastante estable a lo largo del periodo estudiado (92.242 en 1992 y 90.949 en 2010). Observan una clara disminución de la incidencia de IP por contingencia profesional, “lo que ha sido atribuido parcialmente a la efectividad de las políticas de prevención de riesgos laborales”. Destacan también (pág. 539) sobre la edad, la incidencia de IP en el tramo que va de los 55 a los 65 años, muy superior a la incidencia en tramos anteriores. “Según la gravedad de la incapacidad, se observa en toda la serie un gradiente inverso, es decir, la incidencia disminuye con la gravedad. Si bien, aun siendo muy baja la incidencia de la gran invalidez, se constata una tendencia creciente significativa. Lo que puede estar indicando que se están incrementando los problemas de salud más graves y/o el reconocimiento de la IP se produce en un estadio más avanzado de la enfermedad”. Sobre las CCAA, se está produciendo una convergencia y señalan que puede ser debido a la uniformidad en los criterios de evaluación de la IP por parte de los EVI. Como limitaciones del estudio especifican la ausencia de datos para obtener series completas en todas las variables analizadas. (48).

Sobre la duración de la IT. Vaquero y cols. 2013, realizaron un estudio prospectivo de cohorte de 1408 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 69 años. Habían superado el tiempo estándar de baja el 56%. Exponen que “el carácter multifactorial de la enfermedad ha sido muy estudiado siendo los factores que influyen en las bajas laborales y su duración de diferente tipo: socioeconómicos, demográficos, personales, físicos, psicosociales u organizacionales ligados al trabajo o ligados a la percepción que el propio asegurado tiene sobre su salud”.

Tanto las patologías mentales como las osteomioarticulares están asociadas con bajas laborales prolongadas e incapacidad permanente. Estudian durante seis meses personas en IT por contingencia común en la provincia de Sevilla, tomando como variable dependiente la duración de la IT. La codificación de la patología CIE-9-MC.

En los resultados destacan que “la segunda patología con más prevalencia de larga duración en ambos sexos son las enfermedades mentales fundamentalmente trastornos de ansiedad. El perfil de la persona con baja laboral por esta patología sería el de una persona de 35 a 39 años, con bajo peso, que vive sin pareja con hijo a su cargo, con estudios de secundaria o universitarios, que trabaja en empresa pública y con riesgo psicosocial en su trabajo”. (156).

Enguita y Ramos, 2013, realizaron un trabajo (53) sobre el Trastorno de adaptación con datos de IBERMUTUAMUR, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Seleccionaron todos los procesos con baja controlada por incapacidad laboral de contingencias comunes en todo el territorio nacional durante los años 2008, 2009 y 2010 con el diagnóstico CIE 9-MC 309 Reacción de Adaptación. El número total de procesos de trabajadores en IT por contingencias comunes con el diagnóstico de Trastorno de adaptación de 2008 a 2010 en todo el territorio nacional: 5997. Del total de los procesos, terminaron en Incapacidad Permanente, 107 (1,8%).

El mayor número de altas por Incapacidad Permanente se producen en los diagnósticos más frecuentes y para los que se encuentra la mayor frecuencia en la relación con otras variables; Reacción de adaptación (28,03%), R.A. con características emocionales mixtas (23,26%) y R.A. con humor de ansiedad (13,08%). No obstante, es importante tener en cuenta que, un 9,34% de todas las altas por Incapacidad Permanente, son debidas a Reacción depresiva prolongada (309.1).

En otro estudio llevado a cabo en Cataluña, por Declós et al 2013, en los años 2006-2008, analizaron 2.646.352 episodios de IT por contingencia común, seguidos de alta, los trastornos mentales figuran en cuarto lugar como grupo diagnóstico con el 8'7% de los episodios. (44).

Benavides et al, 2013 se refieren (17), al Informe de salud mental España 2001-2010, diciendo:

- a) “La incidencia de la incapacidad temporal por contingencia común muestra una tendencia ascendente tanto en los afiliados al régimen general (25% aproximadamente) como entre los afiliados al régimen de autónomos y hogar (45% aproximadamente) entre 2002 y 2006 (periodo para el cual sólo se dispone de datos de las incapacidades

de más de 15 días de duración). A partir de 2007 y hasta 2010 la tendencia basada en todas las incapacidades temporales por contingencia común, independientemente de su duración, muestra un descenso en los episodios de los afiliados al régimen general (18% aproximadamente) y una tendencia más estable entre los afiliados autónomos y del hogar”.

- b) “Las incapacidades permanentes relacionadas con el trabajo, sean debidas a una contingencia profesional o no, proporcionan también una medida del daño sobre la salud de los trabajadores con importantes repercusiones sociales y económicas, se observa una tendencia descendente de la incidencia de la incapacidad permanente (un 25% aproximadamente), la mayoría de ellas producidas por lesiones por accidentes de trabajo que sin producir la muerte, dejan secuelas que incapacitan a la persona de manera permanente”.
- c) “Por su parte las incapacidades permanentes por contingencias comunes, la mayoría por enfermedades comunes, representan entre 11 y 15 veces las profesionales, y han seguido una tendencia ligeramente descendente hasta 2005 (un 6%), para subir en 2006 (un 15%) y mantener una tendencia que ha oscilado entre los 47 y 51 casos por cada 10.000 afiliados el resto de la década”

Concluyen que una de las variables que influye en la duración de la IT es el diagnóstico.

En el análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la IT y la reincorporación al trabajo (160), Villaplana, 2014, resume los resultados de un amplio estudio en el, que analiza el proceso de la ausencia por enfermedad y el retorno al trabajo desde el punto de vista psicosocial y describe la Incapacidad Temporal como un indicador de la salud organizacional y no sólo como respuesta al estado de salud individual. Esta autora realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de la totalidad de procesos derivados de contingencia comunes, durante un periodo de seis años 2005-2010, en MUGENAT, que es una Mutua de Accidentes de Trabajo y enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, de implantación nacional, y que a su vez obtiene la información del SPS (Servicio Público de Salud), al recibir copia del parte de baja expedido por el médico de atención primaria, vía telemática.

Expone que en la ausencia de trabajo justificada por una por padecer una enfermedad, “inciden una serie de variables como las características de la persona –demográficas y personalidad-, de la empresa –condiciones laborales de trabajo y factores psicosociales-, de la sociedad –sistema público de protección o Seguridad Social-, y del entorno –ciclo económico, tasa de desempleo- que pueden ser ordenadas a un nivel micro, meso y macro”.

El estudio, con trabajadores en IT (excepto por cuenta propia y regímenes especiales), 598.988 con procesos de alta en el periodo, con una duración máxima de 365 días, 50,4% hombres y 49,6% mujeres. No se indica qué porcentaje de trabajadores causan alta por propuesta de IP, ni qué patologías.

Andreé et al., 2014, hicieron uso de la base de datos administrativa de la MCVL (Muestra Continua de Vidas Laborales), y un Registro de todos los episodios de IT en el año 2009 con duración y diagnóstico. De los 163.135 individuos con IT en 2009, tuvieron IP, 4738, (0,39%), entre 2009-2012.

Pudieron establecer el diagnóstico de la IP en 3073 casos (64,9%).”Las causas más frecuentes del IP fueron los trastornos musculo-esqueléticos (27,4%) y mentales (11,6%) que asimismo produjeron mayor cantidad de años Potenciales de Vida Laboral Perdida...” “Para imputar el diagnóstico de IP iniciada entre 2009 y 2012 se utilizó el de la IT ocurrida en 2009...” (Casos de diagnóstico probable) Las patologías que producen más carga por IP son los Trastornos musculo-esqueléticos y los Trastornos mentales. Describen como limitaciones de este estudio la falta de diagnóstico de la IP. (3).

Pérez Morote et al. 2015, realizan un estudio descriptivo transversal sobre 404 pacientes pertenecientes al área sanitaria de Albacete, seleccionados entre los meses de agosto de 2009 y octubre de 2011. En IT prolongada, con bajo nivel de instrucción, 53,2% varones, con edad media de 48,1 años, Las enfermedades predominantes: aparato locomotor (46,5%), seguidas de problemas psicológicos (18,6% en hombres y el 21,2% en mujeres). Del total el 38,9% presentaban antecedentes de enfermedad mental, siendo éstos más prevalentes en las mujeres (54%) que en los hombres. En cuanto a hábitos tóxicos: 43,1% fumadores 36,4% consumidores habituales de alcohol y el 3,2% de otros tóxicos. Los resultados se circunscriben a un área sanitaria. En cuanto a IP, informan que el 5% de los sujetos eran beneficiarios de una prestación anterior. (117).

9 FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD. CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

9.1 Concepto de Policía

Del latín *politia* (que procede del vocablo griego *polis*). El concepto de policía va asociado al de “protección” para ello el policía, precisa tener autocontrol, tolerancia, y empatía para generar confianza y seguridad. Es una profesión de entrega y vocación, es un compromiso social.

La Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, configura un concepto de la Policía al servicio del ciudadano, basado en criterios de eficacia y responsabilidad, que se esfuerza por garantizar la seguridad ciudadana y las libertades públicas. Consta en el Preámbulo de esta Ley que se pretende "*dotar a la institución policial de una organización racional y coherente; a cuyo efecto la medida más importante que se adopta es la integración de los Cuerpos Superior de Policía y Policía Nacional en un solo colectivo denominado Cuerpo Nacional de Policía*".

Se ha definido a la policía como un cuerpo encargado de velar por mantener el orden público y garantizar la seguridad de los ciudadanos, a las órdenes de las autoridades políticas. La mayor parte de las legislaciones otorgan a la policía la facultad de disuadir, reprimir e investigar delitos que se cometan contra las personas o la propiedad privada. La seguridad ciudadana, es el concepto que viene a sustituir al de orden público, pudiendo ser definida, como el conjunto de actuaciones de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad encaminadas a proteger al ciudadano de todo aquello que atente a sus derechos y libertades. Libertad y la seguridad son conceptos complementarios: la libertad permite el control de la arbitrariedad y la seguridad permite asegurar la libertad.

Garantizar la seguridad ciudadana implica una doble actividad: preventiva y represiva. La actividad preventiva, una de las principales funciones, sino la principal, controlando la criminalidad, y la actividad represiva tras la constatación del hecho delictivo, investigación del mismo, búsqueda y detención de presuntos autores, recogida de pruebas para la posterior

actuación de los jueces... Son también acciones represivas por ejemplo, las actuaciones llevadas a cabo mediante la dispersión de grupos tumultuosos en las calles, intervención en casos de disturbios, huelgas, o cualquier otro evento en que la normal convivencia de los ciudadanos pueda verse afectada.

A partir de la Ley Orgánica 9/2015 de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional los funcionarios de carrera de la Policía Nacional recibirán la denominación genérica de Policías Nacionales.

En el Art. 2 de de esta Ley 9/2015, sobre: Naturaleza y dependencia de la Policía Nacional dice que la Policía Nacional es un instituto armado de naturaleza civil, con estructura jerarquizada que tiene como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana, con ámbito de actuación en todo el territorio nacional, Dicha misión se materializa mediante el desempeño de las funciones atribuidas por el ordenamiento jurídico a la Policía Nacional, y en particular las previstas en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. El mando superior de la Policía Nacional será ejercido por el Ministro del Interior, a través del Secretario de Estado de Seguridad. El mando directo será ejercido por el Director General de la Policía, bajo la autoridad del Secretario de Estado de Seguridad.

El Art. 18 contiene las Funciones según la escala a la que pertenezca el funcionario del CNP: Escala Superior, la dirección de los servicios policiales; Escala Ejecutiva, el mando de los servicios policiales; Escala de Subinspección, la supervisión de los servicios policiales y Escala Básica, la ejecución material de las funciones encomendadas a la Policía Nacional.

9.2 Historia de la policía en España. Marco legislativo

No resulta fácil establecer el origen exacto de la Policía en Europa. A lo largo de la Historia, en España hay que recordar por ejemplo, la aparición de las Hermandades, y en la época de los Reyes Católicos la figura relevante del Corregidor. En 1711 surge otra figura, que es la del Intendente, con funciones que recordaban a las de Corregidor de Castilla, pero más amplias. Posteriormente se van creando otros Cuerpos aunque sin coordinación entre sí, ya que actúan en áreas concretas del territorio nacional: Compañía Suelta de Fusileros de Aragón, Miñones de Álava, Migueletes en Valencia, Escopeteros Voluntarios de Andalucía, la Escuadra de Balaguer, Rondas Volantes de Cataluña, Compañías de Infantería fija de la Costa de Granada, etc.

En España puede decirse que los orígenes de la policía son esencialmente militares y la creación de la Policía puede establecerse en el siglo XIX, cuando SM el Rey Fernando VII, al volver al trono en 1824, decidió crear un Cuerpo de Policía, la Policía General del Reino, siendo aprobado por RD de 8 de enero de 1824 y promulgando una Real Cédula el día 13 de enero, configurando una doble función: por un lado velar por el libre ejercicio de los derechos de los ciudadanos persiguiendo a lo que los vulneran y poniéndolos en manos de la justicia “en el plazo de ocho días lo más tarde” La otra función era la prestación del servicio público de seguridad “garantizando el bien y la seguridad pública”, así pues las competencias de esta Policía eran muy amplias, y bien delimitadas. Se creó un Reglamento para Madrid y otro para Provincias.

Por Real Cédula de 19/8/1827 se realizó una transformación de la Policía. Además de esta organización oficial existía la “Policía secreta” y la “Alta policía” Con la Reina regente Doña María Cristina, se creó el Ministerio de Fomento del que empezó a depender la Policía, nombrando en cada provincia un Delegado de Fomento. También se crea mediante RD de 26 de enero de 1844 (donde en su preámbulo hace una crítica de lo que había sido la seguridad y la policía desde la Constitución de Cádiz), una Policía civil llamada “Cuerpo de Protección y Seguridad”, dependiente del Ministerio de la Gobernación, y en los Ayuntamientos una fuerza policial dependiente de los alcaldes.

En el reinado de Isabel II, por Decreto de 28 de marzo de 1844, se crea el Cuerpo de Guardias Civiles. Dependía del Ministerio de la Guerra y del de la Gobernación, como cuerpo fuertemente militarizado y desvinculado del Ejército. En el sexenio 1868-1872, (destronada Isabel II), se deroga toda la legislación anterior incluida la policial, y se crea un Cuerpo de Orden Público dependiente del Ministerio de la Gobernación.

En la Primera República (tras la abdicación de Amadeo de Saboya), mediante un Decreto se promulga la Policía Gubernativa y la Policía Judicial, y también un cuerpo policial llamado “Cuerpo de Voluntarios de la República”. Con la restauración de Alfonso XII se vuelve al modelo policial del reinado de Isabel II.

El RD de 23 de marzo de 1905 reorganiza la Policía Gubernativa con las ramas de: Seguridad (uniformado con funciones de prevención), Vigilancia (de paisano para investigación e información) y una nueva rama, la de Servicios especiales (control de extranjeros, armas...). El RD establecía también la necesidad de la creación de una Escuela de Policía. Por este RD se crearon: La Escuela de Policía, el Colegio de Huérfanos y la Caja de Socorros. El 4 de mayo de 1905 se promueve el Reglamento de la Policía Gubernativa. El 18 de enero de 1906 se crea una Escuela de Policía, que vería la luz en 1907 para la formación de los agentes de la Policía Gubernativa, situándose en Madrid, y especializándose en técnicas de investigación para el Cuerpo de Vigilancia que quería entrar en servicios especiales. Por la Ley de 27 de febrero de 1908, se organiza de forma definitiva la Policía Gubernativa, estableciendo como componentes de las mismas, tres Cuerpos Policiales: Seguridad, Vigilancia y Servicios especiales. Esta Ley formalizó la división entre la Policía de Investigación e Información, no uniformada y la de Orden Público que actuaba uniformada, diferenciación que permanecerá durante muchos años, con pequeñas variaciones en las denominaciones y en la operatividad de los Cuerpos. Además, se establece por primera vez un criterio de oposiciones para unirse a las fuerzas policiales. Y por la Real Orden de 26 de febrero de 1925, se transforma la anterior Escuela de Policía. Por el RD de 25 de noviembre de 1930, se elabora el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa, editado por Mola que era el Director General de Seguridad y aprobado con carácter provisional. Por él se crea el Cuerpo de Seguridad y Vigilancia, y los Cuerpos de Seguridad y Asalto.

A partir de 1931, se incorpora al equipo reglamentario de la policía un “artefacto” hasta entonces desconocido, integrado por una especie de fusta semirrígida cubierta de cuero que, por aquel entonces recibió el nombre de defensa, precisamente para dotar a los policías de Asalto para sus intervenciones con ocasión de desórdenes públicos. Hasta entonces para la intervención en disturbios los policías contaban exclusivamente con armas de fuego.

Con la proclamación de la IIª República, 14 de abril de 1931, por Decreto de 3 de mayo de 1931 se suspende la aplicación del Reglamento realizado por Mola, y por el Decreto de 14 de mayo de 1931, se reorganiza la Dirección General de Seguridad. Para ello se creó: una Oficina de Información y Enlace, un Gabinete de Identificación, un Cuerpo de Vigilantes de Caminos tratando de coordinar los múltiples servicios de orden público existentes en España en esas fechas. La reforma no pudo llevarse a cabo.

Al término de la Guerra Civil permanece la militarización. La Ley de 8 de marzo de 1.941, modifica el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa. Transformó el antiguo Cuerpo de Investigación y Vigilancia, en el Cuerpo General de Policía, (investigación, prevención e información), no uniformados, y creó con carácter militar, el Cuerpo de Policía Armada y de Tráfico, (orden público, uniformados), suprimiendo el Cuerpo de Vigilantes de Caminos, unificando en él los de Seguridad y Asalto, organización eminentemente militar. Así se incorporan en destinos con carácter militar oficiales Médicos de las Fuerzas Armadas, a Unidades y Guarniciones de la Policía Armada. Con fecha 16 de marzo de 1942, la Dirección General de Seguridad, en las instrucciones dictadas para su funcionamiento, establece (ya que los Funcionarios del Cuerpo General de Policía y Auxiliares de oficina no reciben asistencia sanitaria del Estado) que el Servicio Sanitario tenga dos organismos: a) el Cuerpo de Inspectores Médicos (que se regía por un Reglamento especial) y, b) los Servicios Sanitarios de la Dirección que eran cubiertos por funcionarios del Cuerpo General de Policía con Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, con ejercicio profesional. Especifica las misiones a cumplir.

Orden del Ministerio de la Gobernación de 12 de noviembre de 1958, trata de la aplicación para el Cuerpo de la Policía Armada y de Tráfico del cuadro de Inutilidades de la Guardia Civil. Ley 45/1959 de 30 de julio de Orden Público, establecía que era el Ministro de la Gobernación el que ejercía el mando superior de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

La Ley 112/1966 de 28 de diciembre, sobre derechos pasivos del personal militar, y asimilado de las Fuerzas Armadas, Guardia Civil y Policía, requería al Gobierno para que elaborase un texto refundido. El Decreto 1211/1972 de 13 de abril, aprueba el Texto Refundido de la Ley de Derechos Pasivos del Personal Militar y asimilado de las Fuerzas Armadas, Guardia Civil y Policía Armada.

La Ley 28/1975 de 27 de Junio, de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, crea el “Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas” al que se incorporan obligatoriamente todos los funcionarios militares de los tres Ejércitos, de la Guardia Civil y de la Policía Armada.

Por Decreto 2038/1975 de 17 de julio, del Ministerio de la Gobernación, se aprobó el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa. El Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa, había sido aprobado con carácter provisional por Real Decreto de 25 de noviembre de 1930; se había modificado por legislación posterior “en especial por la Ley reorganizadora de 8 de marzo de 1941” En el Artículo 1 “Integran la Policía Gubernativa los Cuerpos General de Policía, Especial Administrativo y Auxiliar de Oficinas de la Dirección General de Seguridad y, las Fuerzas de la Policía Armada Todos ellos dependen de la Dirección General de Seguridad”. En el Cuerpo General de Policía. “La Jubilación forzosa se declarará de oficio o a instancia del funcionario cuando padezca incapacidad permanente para el ejercicio de sus funciones, por inutilidad física o por debilitación apreciable de facultades...”. Se establecen en este Reglamento Orgánico, los cometidos del Servicio Sanitario en el Cuerpo General de la Policía, el Servicio Médico del Cuerpo de la Policía Armada y el Tribunal Médico.

El Decreto 1373/1978 de 16 de junio modifica el procedimiento de ingreso, el plan de enseñanzas de la Escuela General de Policía y se hace la primera referencia a “pruebas psicotécnicas” La Ley 55/1978, de 4 de diciembre, de la Policía, (que tuvo una vigencia de casi ocho años), dice que los Cuerpos de Seguridad del Estado están integrados por la Policía y la Guardia Civil: La Policía: con el Cuerpo Superior de Policía, (que sustituye al Cuerpo General de Policía) y el Cuerpo de la Policía Nacional, (que sustituye al Cuerpo de la Policía Armada), El Cuerpo Superior de Policía, no uniformado y sus integrantes pertenecían a la Administración Civil del Estado, con funciones de dirección y coordinación de los servicios policiales. El Cuerpo de Policía Nacional, uniformado, con funciones de auxilio y colaboración al Cuerpo

Superior de Policía, labores de prevención y mantenimiento del orden público, con estructura y organización militar, estaban sometidos al Código de Justicia Militar Artículo once c) “Dentro del Cuerpo Superior de Policía se crea el Diploma de Facultativo...”, En el Cuerpo Superior de Policía se crea, con rango de Sección, la Inspección Médica, con Jefatura Nacional en Madrid, y con Inspecciones Médicas provinciales. En el Cuerpo de la Policía se crea el Servicio Sanitario, con Jefatura Nacional ubicada en Madrid, y Unidades Médicas regionales en las cabeceras de cada una de las Circunscripciones o Regiones policiales, y en algunas Guarniciones provinciales.

La Constitución Española de 1978 diferencia entre Fuerzas Armadas y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. El Artículo 104.1 de la Constitución diseña la misión que cualquier cuerpo policial estatal, autonómico o local debe cumplir desde una perspectiva básica: “Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad bajo la dependencia del Gobierno, tendrán como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana”, que hace referencia a la protección específica de personas o bienes y vinculada con el libre ejercicio de los derechos fundamentales y su garantía está asignada a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, y el Artículo 149.1.29 por el que el Estado tiene la competencia en “seguridad pública”. Desaparece el concepto de “orden público” lo mismo que había hecho la Ley 55/1978 de 4 de diciembre. La seguridad es un principio importante en un Estado de Derecho. El Artículo 17.1 de la CE dice que “toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad”.

Orden de 19 de octubre de 1981 por la que se aprueba el Reglamento provisional de la Escuela Superior de Policía. Las innovaciones introducidas por RD 1373/1978, el RD 1376/1978 y el acceso de la mujer a la función policial, precisaban cambios y adecuar sus preceptos a las necesidades. Los Artículos 20 y 21 tratan del Gabinete Sanitario del Centro y las funciones del mismo, y el Capítulo IV Sección 1ª trata del Gabinete de Orientación, que art. 25, estará dirigido por un Profesor con título académico idóneo, para orientar a los profesores “bajo el punto de vista psicopedagógico” y para “Recoger, analizar, interpretar y sistematizar en las fichas correspondientes los datos que contribuyan al conocimiento de la personalidad, cualidades, aptitudes y expectativas de los alumnos...” Art. 27. Los Profesores asesores de aula... especialmente estarán al tanto de los posibles deterioros en el rendimiento escolar y de los comportamientos desviados de sus alumnos tratando de interpretar sus causas y de proponer soluciones”.

Por el RD 230/1982 de 1 de febrero, se crea la situación de Segunda actividad para personal del Cuerpo de la Policía Nacional. (Derogado).

Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (LOFCS), publicada, ocho años después de la Constitución. Responde al mandato del Artículo 104 de la Constitución, según el cual, una Ley Orgánica “determinará las funciones, principios básicos de actuación y Estatutos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad”. En el Preámbulo dice: “La Ley recoge el mantenimiento de la seguridad pública que es competencia exclusiva del Estado, correspondiendo su mantenimiento al Gobierno de la Nación y al de las demás Administraciones públicas, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales El Título II. Capítulo Primero. Artículo noveno dice que “las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ejercen sus funciones en todo el territorio nacional, y están integradas por: a) El Cuerpo Nacional de Policía que es un Instituto Armado de naturaleza civil, dependiente del Ministerio del Interior, y b) La Guardia Civil que es un Instituto Armado de naturaleza militar dependiente del Ministerio del Interior en el desempeño de las funciones que esta Ley le atribuye, y del Ministerio de Defensa en el cumplimiento de las misiones de carácter militar que éste o el Gobierno le encomienden”.

En el Capítulo II, Artículo once constan las funciones de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, y en el Artículo doce las que serán ejercidas por el Cuerpo Nacional de Policía. En el Capítulo IV, Sección 1ª, el Artículo diecisiete indica las Escalas y categorías y que existirán las plazas de Facultativos y de Técnicos, con títulos de los grupos A y B, que serán necesarias para la cobertura y apoyo de la función policial”.

El Cuerpo Nacional de Policía nace de la unificación de los extintos Cuerpos Superior de Policía y Policía Nacional. El Cuerpo Nacional de Policía español es un Instituto Armado de naturaleza civil. Indica esta Ley, en su Preámbulo, que dada la peculiaridad del servicio público que tienen asignado, la singularidad de las labores policiales y la necesidad de un adecuado equilibrio psicológico para realizarlas “los funcionarios de policía materializan el eje de un difícil equilibrio de pesos y contrapesos, de facultades y obligaciones ya que deben proteger la vida y la integridad de las personas, pero vienen obligados a usar armas; deben tratar correcta y esmeradamente a los miembros de la comunidad, pero han de actuar con energía y decisión cuando las circunstancias lo requieran”, y que requieren la garantía de un equilibrio psicológico y unas adecuadas condiciones físicas.

Orden del Ministerio del Interior de 11 de enero de 1.988, “por la que se establece el cuadro de exclusiones médicas para el ingreso en el Cuerpo Nacional de Policía. (Deroga la Orden de 23 de septiembre de 1983). El cuadro consta en el ANEXO de la Orden. Ha sufrido modificaciones la estatura mínima requerida.

RD 1593/1988 de 16 de diciembre del Ministerio del Interior, aprueba el Reglamento de Ingreso, Formación, Promoción y Perfeccionamiento de Funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. Ha sido modificado.

Orden del Ministerio del Interior de 10 de julio de 1.989, por la que se complementan las normas sobre acceso a las plazas de Facultativos y Técnicos del Cuerpo Nacional de Policía, y el Baremo de méritos aplicable.

Orden de 24 de octubre de 1989, por la que, con carácter provisional se desarrollan las previsiones contenidas en el Reglamento de Ingreso, Formación, Promoción y Perfeccionamiento, de Funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.

RD 1668/1989, de 29 de diciembre, por el que crean las UIP, Unidades de Intervención Policial, y se establecen las especialidades de su régimen estatutario.

Resolución número 60 de 13 de julio de 1990, del Director General de la Policía, estableciendo Normas Provisionales sobre Organización, Dependencia y Funciones del Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía.

Resolución número 61 de 13 de julio de 1990 del Director General de la Policía, por la que se establece la normativa de los reconocimientos médicos de los funcionarios de la Dirección General de la Policía.

Resolución núm. 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía, “por la que se establecen normas sobre seguimiento y evaluación del absentismo laboral de causa médica, y tramitación de las propuestas de incapacidad en el ámbito de la Dirección General de la Policía”.

Ley 26/1994 de 29 de septiembre, por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía. Modificada por la Ley 24/2000, el RD-L 14/2011 y derogada por la Ley Orgánica 9/2015.

RD 614/1995, de 21 de abril por el que se aprueba el Reglamento de los procesos selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía. Modificado.

RD 1556/1995, de 21 de septiembre (Ministerio de Justicia e Interior) de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994 de 29 de septiembre por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía. Por este Decreto, se amplían las competencias del Tribunal Médico en la DGP en relación con el pase a Segunda actividad, y le capacita para dictaminar sobre la Incapacidad Permanente del funcionario para el servicio, adquiriendo la capacidad legal para los Expedientes de Jubilación de los funcionarios, sin necesidad de la participación de los Equipos de Valoración de Incapacidades. En Distintivos y armamento, el Artículo 3.2 dice que al pasar a segunda actividad podrán continuar con la tenencia y uso del arma reglamentarias, previa concesión por el Director General de la Policía... que no obstante, podrá acordar en cualquier momento la retirada de las armas y distintivos profesionales... a aquellos funcionarios para los que por sus condiciones psíquicas o físicas la posesión y uso de armas represente un riesgo propio o ajeno”.

Orden de 30 de diciembre de 1998, por la que se determinan las funciones de los miembros del Cuerpo Nacional de Policía en la situación de segunda actividad. La Orden dispone que Conforme a lo establecido en el RD 1556/1995, de 21 de septiembre, de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994, de 29 de septiembre, por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía, los funcionarios de este Cuerpo que pasen a dicha situación podrán desempeñar funciones instrumentales de gestión, asesoramiento y apoyo de la actividad policial, de acuerdo con su capacidad, formación, conocimientos, experiencia y las aptitudes necesarias que para cada específica función se deban acreditar, así como de la Escala de pertenencia. La Orden, concreta los tipos de tareas o actividades.

RD 1089/2000, de 9 de junio, modifica el artículo 8 del RD 221/1981 de 22 de febrero por el que se regula la organización de Unidades del Cuerpo Nacional de Policía adscritas a las Comunidades Autónomas y establecen las peculiaridades del régimen estatutario de su personal.

Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. El Artículo 58. Modificación de los Artículos 2.2 y 4.1 de la

Ley 26/1994 de 29 de septiembre por la que se regula la situación de Segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía, declarándola de oficio al cumplir determinadas edades. La Ley ha sufrido modificaciones.

RD 54/2002, de 18 de enero, modifica el RD 769/1987, de 19 de junio, sobre regulación de la Policía Judicial. La Constitución en su Artículo 126 establece que la Policía Judicial depende de los Jueces, Tribunales y del Ministerio fiscal en sus funciones de averiguación del delito y descubrimiento y aseguramiento del delincuente en los términos que la Ley establezca. Se desarrolló por la Ley Orgánica 6/1985 y por la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo. Este RD 54/2002 modifica los artículos 32 y 34, para introducir representación autonómica en la composición de la Comisión Nacional de Coordinación de Policía Judicial y en las Comisiones Provinciales de Coordinación de Policía Judicial.

Orden INT/1751/2002, de 20 de junio por la que se regulan los ficheros informáticos de la Dirección General de la Policía que contienen datos de carácter personal adecuándolas a las previsiones establecidas en la LO 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa sobre la materia. Se regula la finalidad, usos previstos, estructura básica, del Fichero SIGESPOL.

Orden INT/1251/2004, de 7 de mayo por la que se crea el Comité Ejecutivo para el Mando Unificado de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

Orden INT/3764/2004, de 11 de noviembre, de adecuación de ficheros informáticos del Ministerio del Interior que contienen datos de carácter personal.

Por el RD 2/2006, de 16 de enero, se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. Tiene por objeto “adoptar las medidas necesarias para promover la seguridad y salud en el trabajo de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía aplicando los principios y criterios contenidos en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos laborales, a las peculiaridades organizativas y a las especiales características de las funciones que tiene encomendadas” de aplicación a la actividad de los funcionarios del CNP que presten servicios tanto en órganos centrales como periféricos.

RD 249/2006, de 3 de marzo modifica el Reglamento de procesos selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía aprobado por RD 614/1995. Y el RD 440/2007, de 3 de abril, modifica el Reglamento de procesos selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía. Modifica nuevamente el dato de la estatura mínima.

Orden INT/761/2007, de 20 de marzo, por la que se aprueba el nuevo modelo de carné profesional de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía y otros documentos identificativos para determinado personal que presta sus servicios en el ámbito del Cuerpo Nacional de Policía en la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil. Se trata del documento oficial que acredita la condición de funcionario del CNP, que permitirá a éstos su identificación electrónica, así como la firma electrónica de documentos y el cifrado de datos.

Orden ECI/1995/2007, de 29 de junio, por la que establece la equivalencia de las categorías de Policía y Oficial de Policía, de la Escala Básica del Cuerpo Nacional de Policía, a los Títulos de Técnico y de Técnico Superior, respectivamente, correspondientes a la formación profesional del sistema educativo.

Orden INT/3267/2008, de 13 de noviembre, modifica la Orden de 22 de julio de 1987 por la que se aprueba con carácter provisional el Reglamento de organización y funcionamiento interno del Consejo de Policía, que es “el órgano colegiado paritario de participación de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía y de la Administración, en la determinación de sus condiciones de empleo o de trabajo y de prestación del servicio y medio para la posible solución de los conflictos colectivos” que había sido modificada por la Orden INT1919/2007 de 28 de junio.

Resolución de 1 de abril de 2009, del Director General de la Policía y de la Guardia Civil, por la que se imparten instrucciones para la correcta tramitación de la documentación relativa a enfermedad o accidente en el ámbito del Cuerpo Nacional de Policía. (Orden General Número 1762 de 06/04/2009).

LO 4/2010, de 20 de mayo del Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía. Tipifica como falta muy grave, art. 7 m) “la negativa injustificada a someterse a reconocimiento médico, prueba de alcoholemia o de detección de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas,

legítimamente ordenadas, a fin de constatar la capacidad psicofísica para prestar servicio”. Modifica los artículos 8, 9 y 16 por la Ley Orgánica 9/2015 de 28 de julio.

Resolución de 19 de octubre de 2010, de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil, ámbito Cuerpo Nacional de Policía, por la que se regula la organización de las Oficinas de Denuncias, y Atención al Ciudadano (ODAC) funciones de sus integrantes y su adscripción a las Unidades de Policía Judicial.

RD-L 14/2011 de 16 de septiembre de medidas complementarias en materia de políticas de empleo y de regulación del régimen de Segunda actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del estado. La LO 9/2015 deroga el Artículo 4 y la Disposición Transitoria primera.

Orden EDU/3125/2011, de 11 de noviembre, por la que se establece la equivalencia de la formación conducente al nombramiento de Inspector del Cuerpo Nacional de Policía al nivel académico de Máster Universitario oficial para “quienes hayan accedido a la categoría de Inspector y estén en posesión de una titulación académica que permita el acceso a los estudios de Máster Universitario” de acuerdo con lo establecido en el RD 1393/2007.

RD 1887/2011, de 30 de diciembre, se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales; se suprime la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil, y crea la Dirección General de la Policía y la Dirección General de la Guardia Civil.

Orden INT/28/2013, de 18 de enero, por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía (BOE núm. 21, de 24 de enero de 2013). Se modifica posteriormente: el Anexo VI por Orden INT 273/2014, Orden INT/1472/2014, Orden INT/2088/2014, y Orden INT/504/2015.

Orden INT/430/2014, de 10 de marzo, por la que se regula la uniformidad en el Cuerpo Nacional de Policía.

LO 9/2015, de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional.

9.3 Actual estructura básica y funciones del CNP: Organización Central y Periférica

Desde la creación de la Policía General del Reino por RD de 8 de enero y por la Real Célula que se dictó el 13 de enero de 1824, hasta la fecha, se han ido desarrollando funciones de servicio público en todo el territorio nacional, hasta llegar a la actual imagen institucional del Cuerpo Nacional de Policía.

La estructura de la Organización Central y Periférica del CNP ha sufrido en los últimos años al menos diez reestructuraciones como es patente en la numerosa normativa generada por el Ministerio del Interior en el desarrollo de la estructura básica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la DGP (Orden de 12 de junio de 1985; Orden de 17 de febrero de 1988; Orden de 28 de febrero de 1995; RD 1885/1996 de 2 de agosto; RD 1449/2000 de 28 de julio; Orden de 10 de septiembre de 2001 para adaptar la estructura al Programa Policía 2000; RD 1599/2004 de 2 de julio; Orden INT/2103/2005 de 1 de julio; RD 991/2006 de 8 de septiembre; RD 1571/2007 de 30 de noviembre; RD 1181/2008 de 11 de julio; RD 400/2012 de 17 de febrero), y por último:

Orden INT/28/2013, de 18 de enero, por la que se desarrolla la estructura básica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la DGP, que es la siguiente:

9.3.1 Organización Central

Dependen directamente del **Director General de la Policía**

- a) La Dirección Adjunta Operativa, responsable, Art. 3.3., de la dirección impulso y coordinación de las funciones policiales operativas, que en el nivel central serán realizadas por las Comisarías Generales de Información, de Policía Judicial, de Seguridad Ciudadana, de Extranjería y Fronteras, y de Policía Científica, y la División de Coordinación Internacional.
- b) La Subdirección General de Recursos Humanos, Art. 4, responsable de la dirección y coordinación de las funciones de gestión de los recursos humanos de la Dirección General de la Policía que en el

nivel central serán realizadas por las Divisiones de Personal y de Formación y Perfeccionamiento.

c) La Subdirección General de Logística, responsable de la dirección y coordinación de las funciones relativas a la gestión de los recursos económicos y materiales de sistemas de telecomunicación e información así como de la documentación de españoles y extranjeros, que en el nivel central será realizada por la División Económica y Técnica.

d) El Gabinete Técnico.

9.3.1.1 Dirección Adjunta Operativa (DAO)

(Art. 2. Orden INT/28/2013).Depende directamente del Director General. Las funciones son: “Dirección coordinación y supervisión de las unidades operativas supraterritoriales y territoriales; el seguimiento y control de los resultados de los programas operativos y la definición de los recursos humanos y materiales aplicables a dichos programas; la colaboración con las policías de otros países y con la Oficina Central de INTERPOL, la Unidad Nacional de EUROPOL y la Oficina SIRENE. Además de una Secretaría General, está integrada por las siguientes unidades:

1. Jefatura Central de Operaciones de ella dependen:

1). Las **Comisarías Especiales**: C^a Especial de la Casa Real, C^a Especial de la Presidencia del Gobierno, C^a Especial del Congreso de los Diputados, Defensor del Pueblo y Tribunal de Cuentas, C^a Especial del Senado, C^a Especial del Tribunal Constitucional, C^a Especial del Consejo General del Poder Judicial, Tribunal Supremo y Audiencia Nacional.

2). Las **Unidades Adscritas a las Comunidades Autónomas** y Unidades de Colaboración Policial Adscritas a las Comunidades Autónomas. Son las Unidades adscritas a las Comunidades Autónomas de: Valencia, Andalucía, Galicia, Asturias, Aragón y Madrid. Estas Unidades dependen orgánicamente de la Dirección Adjunta Operativa (DAO) y funcionalmente de las autoridades autonómicas competentes, y el mando, dirección y coordinación, se ejerce a través de la Jefatura de cada Unidad.

3). **Área de Seguimiento y Control de la Violencia en el Ámbito Familiar.**

2. **Unidad de Planificación Estratégica y Coordinación:** contará con dos órganos: 1). Área de Seguimiento y Coordinación, y 2). Área de Planificación y Prospectiva.

3. **Grupo Especial de Operaciones (GEO),** con la misión de intervenir en situaciones cuya ejecución requiera una especial cualificación, particularmente de carácter terrorista, y aquellas otras que entrañen grave riesgo para la vida y bienes de las personas. La sede radica en Guadalajara.

4. **Unidad de Asuntos Internos** Le corresponde investigar y perseguir las conductas funcionariales constitutivas de infracciones penales y aquellas otras contrarias a la ética profesional de los miembros del CNP y de los funcionarios destinados en el Centro Directivo.

5. **Brigada Operativa de Apoyo (BOA).**

9.3.1.2 Subdirección General de Recursos Humanos

(Art. 3) Integrada por las siguientes unidades:

1. **Secretaría General.** De ella dependen:

a) Área de Coordinación Jurídica y Reclamaciones Administrativas, con funciones de coordinación jurídica de las actuaciones de los Órganos Centrales y Periféricos en materias relacionadas con el régimen estatutario de los funcionarios de la DGP. Y también tareas de estudio y propuesta de resolución de recursos administrativos en materia de personal, de elaboración de informes de carácter jurídico-técnico y de coordinación de las relaciones de la DGP con los Tribunales de Justicia y con la Abogacía General del Estado.

b) Área de Asistencia Letrada con funciones de coordinación de todos los asuntos relativos a la defensa legal de los funcionarios de la Dirección General por actuaciones derivadas de la prestación del servicio.

También está adscrita la Secretaría del Consejo de la Policía y la Secretaría de la Comisión de Seguridad y Salud Laboral Policial.

2. **Unidad de Planificación de Recursos Humanos.**

3. **Unidad de Prevención de Riesgos Laborales y Acción Social.**

9.3.1.3 Subdirección General de Logística

(Art. 4), Integrada por las siguientes unidades:

1. **Secretaría General.**

2. **Unidad de Informática y Comunicaciones,** le corresponde la gestión de los recursos tecnológicos en materia de comunicaciones y sistemas informáticos del CNP, de ella dependen:

- a) Área de Telecomunicación, y
- b) Área de Informática. El Centro de Proceso de Datos, Área de Informática radica en El Escorial (Madrid).

3. Área de Control de Costes.

| |
|--|
| 9.3.1.4 Subdirección General del Gabinete Técnico |
|--|

(Art. 5). Integrada por las siguientes unidades:

- 1. **Secretaría General.**
- 2. **Área de Publicaciones.**
- 3. **Área Jurídica.**

| |
|--------------------------------------|
| 9.3.1.5 Comisarías Generales: |
|--------------------------------------|

| |
|---|
| 9.3.1.5.1 Comisaría General de Información (CGI) |
|---|

Es organismo de la DAO. Se encarga de la captación, procesamiento, y distribución de la información de interés para el orden y la seguridad pública en el ámbito de las funciones de la Dirección General, y la utilización específica de la información especialmente en materia antiterrorista en el ámbito nacional e internacional. De conformidad con la Ley de Secretos Oficiales de 5 de abril de 1968, actualizada por la Ley 48/1978 de 7 de octubre y a los acuerdos de los Consejos de Ministros de 28-XI-1986 y 16-II-1996, en los que se otorga la clasificación de secreto, entre otros, a la organización y estructura, de los servicios de información de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. A esta Comisaría están adscritos los TEDAX-NRBQ.

| |
|--|
| 9.3.1.5.2 Comisaría General de Policía Judicial |
|--|

Se encarga de la investigación y persecución de las infracciones supraterritoriales especialmente los delitos relacionados con drogas, la delincuencia organizada, financiera, tecnológica y el control de los juegos de azar, así como la colaboración con las policías de otros países y la dirección de las oficinas nacionales de Interpol y Europol. Le corresponde la dirección de los servicios encargados de la investigación de los delitos monetarios, y los relacionados con la moneda, así como la colaboración de con los servicios correspondientes del Banco de España en estos asuntos. Integrada por:

3.1.5.2.1. **Secretaría General** Tiene funciones de apoyo y asistencia a la Comisaría General, analiza y planifica sus líneas generales de actuación, y gestiona los asuntos relativos al régimen de personal y medios adscritos a la misma. Elabora metodologías de investigación criminal y lleva a cabo estudios técnicos y jurídicos para el perfeccionamiento de las actividades operativas.

En vista de la problemática existente y acuciante de violencia contra mujeres, doméstica y temas relacionados con menores, tanto desde la perspectiva de víctima como de autor, desde la C^a General de Policía Judicial se vio la necesidad de crear/habilitar una nueva sección denominada SAF-Central, Servicio de Atención a la Familia, la cual se incardina en su Secretaría General desde el 1 de julio de 2007, y se incardina desde esa fecha en la Secretaría General. Asesora, apoya y coordina a los SAF provinciales y locales del ámbito nacional, así como a aquellos grupos de Policía Judicial con funciones en estas materias. Tiene funciones de SAM (recepción de denuncias referidas a violencia de género, violencia doméstica y delitos contra la libertad sexual, entre otros. La atención que recibe la mujer en el SAM es personalizada, llevada a cabo por profesionales especializados), las funciones de GRUME (protección de menores víctimas de cualquier tipo de maltrato, protección de los menores infractores...).

En el Cuerpo Nacional de Policía, los primeros SAM (Servicio de Atención a la Mujer), y GRUME (Grupo de Menores) se crearon en 1986 Posteriormente se creó el SAF (Servicio de Atención a la Familia), donde se incardina el SAM y el GRUME. Estos grupos dependen de las Unidades de Policía Judicial de sus respectivas plantillas.

3.1.5.2.2. **Unidad Central de Droga y Crimen Organizado (UDYCO)**. Fue creada en 1997 por Resolución del Consejo de Ministros, dando cumplimiento al “Plan global sobre Medidas para luchar contra las Drogas”, como respuesta integral a las actividades criminales mayoritariamente interconectadas tanto a nivel nacional como trasnacional. Asume la investigación y persecución de las actividades delictivas de ámbitos nacional y transnacional relacionadas con el tráfico de drogas, y del crimen organizado. Persigue: el Tráfico ilegal de drogas; Blanqueo de dinero; Delitos económico-financieros; Tráfico ilícito de: seres humanos, vehículos, bienes culturales, armas y explosivos, material nuclear...; Falsificación de moneda... Los GRECO, Grupos de Respuesta Especial para el Crimen Organizado, como Unidad de investigación dedicada a la lucha contra las mafias, crimen organizado, tráfico de drogas, se han incorporado a las Brigadas centrales de la UDYCO, o a las Unidades de Policía Judicial en las

demarcaciones donde se encontraban desplegados. De esta Unidad Central dependen:

3.1.5.2.2.1. **Brigada Central de Estupefacientes (BCE).** Competencias: investigación y persecución de los delitos relacionados contra el tráfico ilegal de drogas, de acuerdo a la legislación sobre la materia, la Brigada Central de Estupefacientes está integrada en la Unidad Central de Drogas y Crimen Organizado de la Comisaría General de Policía Judicial (UDYCO). Las modernas TIC (Tecnología de la Información y Comunicación), son utilizadas por grupos criminales organizados nacionales y extranjeros. También lucha contra el tráfico de drogas en la Red.

3.1.5.2.2.2. **Brigada Central de Crimen Organizado (BCCO),** asume la investigación y persecución de las actividades delictivas vinculadas a la delincuencia organizada y la dirección de los Grupos de Respuesta contra el Crimen Organizado desplegados en diversas zonas del territorio español.

3.1.5.2.2.3. **Unidad Adscrita a la Fiscalía General del Estado (UAFE),** que desempeña los cometidos que como Policía Judicial le asigne el órgano al que figura adscrita.

3.1.5.2.3. **Unidad Central de Delincuencia Especializada y Violenta (UDEV).** Asume la investigación y persecución de actividades delictivas en ámbitos nacional y transnacional relacionadas con el patrimonio histórico-artístico, las relativas a derecho de autor; al consumo y medio ambiente; a las infracciones delictivas en materias de dopaje en el deporte; a la vigilancia e inspección del juego, así como la coordinación operativa y el apoyo técnico de las respectivas unidades territoriales. De esta Unidad dependen:

3.1.5.2.3.1. **Brigada Central de Investigación de la Delincuencia Especializada** encargada de la investigación y persecución de los delitos relacionados con el patrimonio, el consumo y el medio ambiente, propiedad intelectual e industrial. De esta Brigada depende el Servicio de control de Juegos de Azar.

3.1.5.2.3.2. **Brigada Central de Investigación de Delitos contra las Personas,** que investiga y persigue delitos contra la vida, la libertad, homicidios, agresiones sexuales y desaparecidos, así como los cometidos en el ámbito familiar y en materia de menores de edad.

3.1.5.2.3.3. **Brigada del Patrimonio Histórico.** Encargada de la investigación y persecución de las actividades delictivas relacionadas con el patrimonio histórico artístico.

3.1.5.2.4. **Unidad Central de Inteligencia Criminal (UCIC)**. En 1992 se iban a celebrar en España los Juegos Olímpicos, en Barcelona, la Exposición Universal, en Sevilla, el Quinto Centenario del descubrimiento de América y la Capitalidad Cultural Europea, en Madrid, por esos motivos, en 1991 se creó el **GATI** (Grupo de Análisis y Tratamiento de la Información), y con el tiempo se fueron creando grupos en zonas de España donde la actividad de delincuentes era mayor. Se van ampliando las bases de datos, se crea la UCATI (Unidad Central de Análisis y Tratamiento de la Información). Al pasar los años cambian las necesidades y las técnicas informáticas. Se crea la UCIC por Orden Ministerial de 10 de septiembre de 2001, pero no actualiza sus competencias hasta la Orden Ministerial de 2103/2005, e integra esta Unidad en la Comisaría General de Policía Judicial, que “se responsabiliza de la captación, recepción, análisis tratamiento y desarrollo de las informaciones relativas a la criminalidad”. Esta Unidad, asume el desarrollo de la función de la inteligencia estratégica, afrontando cada vez más retos en materia de investigación criminalística. La Jefatura de la Unidad Central de Inteligencia Criminal, está compuesto, además de por una Secretaría y Área de Informática, por:

1. **Servicio de Tratamiento y Coordinación de la Información** del que dependen cuatro Secciones: Sección de Tratamiento de Unidades Centrales, (compuesta por cuatro Grupos), Sección de Coordinación /compuesta por tres Grupos), Sección de Extranjería y Documentación, y Sección de Fuentes Abiertas y Documentación para Inteligencia, (con dos Grupos).
2. **Servicio de Análisis de la Información**, del que dependen tres Secciones, y el Grupo de Estadísticas con la Sección de Análisis Estratégico, la Sección de Análisis Táctico y la Sección de Análisis Operativo.
3. **Estructura Periférica**: Los GATI periféricos, se siguieron denominando así hasta 2004 en que se crearon las Unidades Territoriales de Inteligencia (UTI), las Unidades Provinciales de Inteligencia (UPI), y las Unidades Locales de Inteligencia (ULI).

3.1.5.2.5. **Unidad Central de Delincuencia Económica y Fiscal (UDEP)**. Integrada en la Comisaría General de Policía Judicial. Asume la investigación y persecución de las actividades delictivas de ámbito nacional e internacional, en materia de delincuencia económica y fiscal, coordinación operativa y apoyo técnico de Unidades territoriales. De ella dependen:

- 3.1.5.2.5.1. **Brigada Central de Delincuencia Económica y Fiscal**. Investiga los delitos relacionados con las Haciendas Públicas contra la Seguridad Social, sus Entidades Gestoras en sus distintas modalidades, y los delitos contra los derechos de los trabajadores, fraudes financieros, fraudes en los medios de

pago, delitos bursátiles, espionaje industrial y estafas de especial trascendencia.

3.1.5.2.5.2. **Brigada Central de Inteligencia Financiera**, corresponde la investigación y persecución de hechos delictivos relacionados con las actividades y sujetos regulados por la normativa de prevención del blanqueo de capitales.

3.1.5.2.5.3. **Brigada Central de Investigación de Blanqueo de Capitales y Anticorrupción**, corresponde la investigación de hechos delictivos relacionados con el blanqueo de capitales procedente de hechos delictivos, los delitos económicos relacionados con la piratería internacional, la corrupción en sus distintas modalidades y la localización y recuperación de activos.

3.1.5.2.5.4. **Brigada de Investigación del Banco de España (BIBE)**, que asume la investigación y persecución de los delitos relacionados con la falsificación de la moneda nacional y extranjera, funcionando como Oficina Central Nacional a este respecto.

3.1.5.2.6. **Unidad Adscrita a la Comisaría Especial Anticorrupción y la Criminalidad Organizada**, que desempeñará los cometidos que, como Policía Judicial, le asigne el órgano al que figura adscrita. Estas Brigadas se ocupan de la investigación de delitos relacionados con la Hacienda Pública, Seguridad Social, lavado de dinero, fraudes financieros, delitos bursátiles, estafas, infracciones monetarias, falsificación de Euro o de monedas extranjeras, y apoyo a la Fiscalía Especial de Anticorrupción.

3.1.5.2.7. **Unidad de Investigación Tecnológica (UIT)**. Asume la investigación y persecución de las actividades delictivas que impliquen la utilización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) y el ciberdelito de ámbito nacional y transnacional relacionadas con el patrimonio, el consumo, la protección al menor, la pornografía infantil, delitos contra la libertad sexual, contra el honor y la intimidad, redes sociales, fraudes, propiedad intelectual e industrial y seguridad lógica Integrada por:

3.1.5.2.7.1. **Brigada Central de Investigación Tecnológica (BIT)**. Destinada a responder a los retos de las nuevas formas de delincuencia para obtener pruebas, perseguir delincuentes y ponerlo todo a disposición judicial. Persigue: Amenazas, delitos y calumnias (por e-mail, SMS, tableros de anuncios, foros, web...); Pornografía infantil; Fraude en el uso de las comunicaciones, piratería de señales de TV privada...; Fraudes (en Internet, Estafas, Uso fraudulento de tarjetas de crédito, Fraudes en subastas, Comercio electrónico...), Seguridad (Virus, sustracción de datos, Hacking, Descubrimiento y revelación de secretos,

Suplantación de personalidad, Sustracción de cuentas de correo electrónico...); Piratería de programas de ordenador, de música, de productos cinematográficos...

3.1.5.2.7.2. **Brigada Central de Seguridad Informática** Investiga actividades delictivas que afectan a la seguridad lógica y a los fraudes.

9.3.1.5.3 Comisaría General de Seguridad Ciudadana (CGSC)

Se crea en el año 1978, y viene a sustituir a la extinta Comisaría General de Seguridad y Orden Público, por RD 1375/78 de 16 de junio. Se encarga de la organización y gestión de lo relativo a la prevención, mantenimiento, y en su caso restablecimiento del orden y la seguridad ciudadana; el control de las empresas y el personal de seguridad privada; la vigilancia de los espectáculos públicos dentro del ámbito de competencia del estado, y la protección de altas personalidades, edificios e instalaciones que por su interés lo requieran. Comprende:

3.1.5.3.1. **Secretaría General**, que apoya a la Comisaría General, analiza y planifica sus líneas de actuación, y gestiona los asuntos relativos al régimen de personal y medios adscritos a la misma. A esta Secretaría están adscritas:

- Oficina Nacional de Deportes, y
- Oficina de Asuntos Taurinos.

3.1.5.3.2. **Jefatura de las Unidades de Intervención Policial (UIP)**. Las Unidades de Intervención Policial, son órganos móviles de seguridad pública con la misión de actuar en todo el territorio nacional, principalmente en los supuestos de prevención y de peligro inminente o de grave alteración de la seguridad ciudadana. Esta Jefatura (Orden INT/28/2013 de 18 de enero) “asume la prevención, mantenimiento y, en su caso, restablecimiento del orden público, así como la coordinación, supervisión y control de las Unidades de Intervención Policial, sin perjuicio de la dependencia funcional de las mismas de la respectiva Jefatura Superior, Comisaría Provincial o Comisaría Local donde tengan su sede o se hallen asignadas”

3.1.5.3.3. **Unidad Central de Protección (UCP)**. Los servicios de protección en España surgieron hace varias décadas, para proteger al Jefe del Estado y miembros del Gobierno. Por RD 1375/78 de 16 de junio se crea la Comisaría General de Seguridad Ciudadana, y la OM, que lo desarrolla

configura el Servicio Central de Escoltas, integrado por: Brigada Central de Escoltas, Comisaría Especial de la Casa de SM el Rey, Comisaría de la Presidencia del Gobierno, Comisaría del Congreso y Comisaría del Senado. Por RD 110/79 se añade a esta Comisaría General, la Comisaría del Tribunal Constitucional de nueva creación. Por otro lado, y dependiendo de la Inspección General de la Policía Nacional estaban: El Batallón de Conductores y La Bandera de Protección de Personalidades. Con la LOFCS de 1986, se homogeneizan en un solo colectivo, cuerpos que realizaban funciones complementarias. Legislaciones posteriores, modifican las estructuras existentes. Por la Orden INT/28/2013 de 18 de enero, la Unidad Central de Protección (UCP), asume la organización y ejecución de la protección de altas personalidades nacionales y extranjeras, y de aquellas personas que se determinen, así como la de los edificios e instalaciones que por su interés lo requieran. Está integrada por las siguientes Secciones:

3.1.5.3.3.1. Brigada Central de Escoltas. Asume las competencias de protección integral de altas personalidades del Estado, testigos protegidos y personas que se determinen, y de aquellos edificios e instalaciones que por su interés lo requieran.

3.1.5.3.3.2. Brigada de Protecciones Especiales. Realiza la planificación y ejecución de los dispositivos de seguridad y protección integral de personalidades o delegaciones extranjeras durante su estancia en nuestro país, con motivo de visitas y celebraciones de eventos de carácter internacional, así como la seguridad de los traslados de obras de arte que por su importancia lo requieran.

3.1.5.3.4. Jefatura de Unidades Especiales

Por la Orden INT/28/2013, de 18 de enero, asume la coordinación, supervisión y control de aquellas unidades con funciones de prevención mantenimiento de la Seguridad Ciudadana y el ejercicio de las competencias propias del CNP, en los medios de transporte colectivo de viajeros, como son: las Unidades Especiales (Unidades de Caballería, Guías Caninos, Unidad de Subsuelo y Protección ambiental) y Especializadas: Brigada Móvil-Policía en el transporte, y Unidades de Prevención y Reacción UPR, sin perjuicio de la dependencia funcional de las mismas.

3.1.5.3.5. Unidad Central de Seguridad Privada. Las funciones se ejecutan a través de la Brigada Central de Inspección e Investigación y la Brigada Central de Empresas y Personal, y consisten en: Autorizaciones y habilitaciones, Seguimiento, control e inspección, Detección de intrusismo,

Captación de información relevante, Procedimientos sancionadores, y Estudios normativos. Las actividades derivadas de las funciones son con: empresas, establecimientos y usuarios y con la Administración, Unidades Territoriales de Seguridad Privada y otras Unidades Policiales.

3.1.5.3.6. **Unidad Central de Participación Ciudadana y Programas**. Se denomina así desde la Orden INT/28/2013. Se había creado en 1988 dependiente del Instituto de Estudios de la Policía de la Subdirección General del Gabinete Técnico, en la necesidad de planificar y llevar a cabo de forma periódica contactos con los diferentes colectivos ciudadanos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida en lo que a su seguridad se refiere, En 2003 se fundó la **UPAP** (Unidad de Prevención, Asistencia y Protección a las mujeres víctimas de violencia de género). Según la Orden INT/28/2013, le corresponde, impulsar, controlar y evaluar el funcionamiento de las distintas Unidades dedicadas a la prevención y mantenimiento de la seguridad ciudadana, canalizar la relación con los colectivos ciudadanos para la atención de las demandas sociales en materia policial, promover la implantación de los planes de prevención dirigidos a los colectivos vulnerables y coordinar la actuación de las Unidades que tienen asignada la protección de las víctimas en materia de violencia de género.

9.3.1.5.4 Comisaría General de Extranjería y Fronteras (CGEF)

Corresponde a esta Comisaría General el control de entrada y salida del territorio nacional de españoles y extranjeros, la prevención persecución e investigación de las redes de inmigración ilegal, y en general, el régimen policial de extranjería, refugio y asilo e inmigración. Está integrada por las siguientes Unidades:

3.1.5.4.1. **Secretaría General**, que tiene función de apoyo y asistencia al Comisario General, planifica y analiza las líneas generales de actuación; dirige y coordina funciones relacionadas con la normativa y emisión de informes, tramitación y control de procedimientos de extranjería, se responsabiliza de bases de datos propias, gestiona el Registro Central de Extranjeros, y en coordinación con la Fiscalía General del Estado, el Registro de menores Extranjeros No Acompañados.

3.1.5.4.2. **Unidad Central Contra las Redes de Inmigración y Falsedades Documentales (UCRIF CENTRAL)**. Investigación de actividades delictivas de ámbito nacional y transnacional relacionadas con el tráfico de personas, la inmigración irregular y las falsedades documentales en esta materia, así como los delitos conexos a aquellos; Realiza la coordinación operativa y apoyo técnico de las Brigadas y Unidades territoriales; la captación análisis, explotación, seguimiento difusión e intercambio tanto a organismos nacionales como internacionales de información relativa a la inmigración irregular, tráfico de seres humanos y de cualquier otro aspecto relacionado con la extranjería y tráfico de personas; y las funciones de inteligencia y planificación de la información de carácter policial en materia de extranjería En esta Unidad se integran:

3.1.5.4.2.1. **Brigada Central de Falsedades Documentales**, con funciones de investigación detección e intervención de los documentos falsos, participa en reuniones nacionales e internacionales especialmente de la Unión Europea.

3.1.5.4.2.2. **Brigada Central contra la Trata de Seres Humanos**, con funciones relativas a la investigación y la lucha contra las redes y organizaciones delincuenciales dedicadas al tráfico de personas, a la inmigración ilegal, explotación laboral y tráfico ilícito de mano de obra, trata de seres humanos, o explotación en la prostitución.

3.1.5.4.3. **Unidad Central de Fronteras (UCF)**, realiza funciones de gestión, coordinación y control relativas a la entrada y salida de españoles y extranjeros del territorio nacional, y el régimen de fronteras, así como la coordinación en los Puestos Fronterizos. De esta Unidad depende:

3.1.5.4.3.1. **Brigada de respuesta a la Inmigración Clandestina (BRIC)**.

3.1.5.4.4. **Unidad Central de Expulsiones y Repatriaciones (UCER)**. Se encarga de la dirección, coordinación, organización, control y ejecución de la expulsiones, devoluciones y repatriaciones de menores, así como el control y coordinación de los Centros de Internamiento de Extranjeros, igualmente, efectúa las gestiones tendentes a la determinación de la nacionalidad de procedencia de los ciudadanos extranjeros indocumentados y coordina el cauce de información con los establecimientos penitenciarios referente a la excarcelación de extranjeros. **BEDEX** (Brigada de Expulsión de Delincuentes Extranjeros). Creada en el año 2009. Lleva a cabo expulsión de ciudadanos extranjeros que se encuentran internados en Centros Penitenciarios y aquellos que han hecho de delito su forma de vida.

3.1.5.4.5. **Centro Nacional de Inmigración y Fronteras (CENIF)**, con funciones de elaboración, canalización y seguimiento de la aplicación de la normativa de la Unión Europea e Internacional.

9.3.1.5.5 Comisaría General de Policía Científica

Lo que hoy conocemos por Policía Científica arrancó en España en 1911 con el objetivo de identificar a personas imputadas en delitos mediante el uso de la fotografía, la dactiloscopia, y la antropometría constituyéndose en el embrión de la actual.

Se creó con el objeto de dar respuesta a través de la ciencia, a la actividad criminal, aplicando a la investigación policial con método racional de los conocimientos de la Antropología, la Biología, la Química, la Física, la Psicología, la Medicina Legal y la Sociología, es decir una ciencia multidisciplinar, que dispone de métodos y criterios propios, procedimientos y una doctrina específica. Cuenta en toda la geografía española con personas cualificadas y abarca la totalidad de las técnicas forenses; su cometido no está en la calle ni suelen conocer el rostro de la persona inculpada; un cometido es sacar los indicios criminalísticos a la luz y aportarlos a quienes llevan la investigación de los casos (Policía Judicial), o directamente al Juzgado solicitante. Su objetivo es la Criminalística.

Se encarga de la prestación de los servicios de criminalística, identificación analítica e investigación técnica, así como de la elaboración de los informes periciales y documentales que les sean encomendados. Estudio, investigación y desarrollo de técnicas científico-policiales dirigidas a la investigación del delito ya la identificación del delincuente. Cuenta con:

3.1.5.5.1. **Secretaría General**, con función de apoyo, planificación gestión de personal y medios. Se responsabiliza además de los bancos de datos propios de la Comisaría General, y de las actividades en materias de investigación y desarrollo, así como la coordinación operativa y apoyo técnico de las respectivas unidades territoriales.

3.1.5.5.1.1. En su estructura periférica cuenta con:

- Laboratorios territoriales.
- Brigadas Policía Científica.
- Grupos Policía Científica.
- Subgrupos policía científica, y

-Especialistas en Policía Científica.

3.1.5.5.1.2. El Servicio de Coordinación Planificación, cuenta con:

-Personal de Asuntos Generales.

-Formación Estadística.

-Presupuestos Material

-Área de Informática.

-Supervisión y Control.

-Gabinete de Análisis y Gestión, y

-Videoconferencias, Protocolo y Prensa.

3.1.5.5.2. **Unidad Central de Identificación**, de esta Unidad depende el:

3.1.5.5.2.1. **Servicio de Tecnologías Identificativas.** Asume funciones relacionadas con Reseña dactilar y fotográfica, el servicio automático de identificación dactilar, tecnología de la imagen, antropología y pericias informáticas, así como elaboración de informes periciales de interés policial y judicial (SAID, Reseñas, Audiovisuales, Inspecciones).

-Sección de Identificación Lofoscópica.

-Sección de SAID y

-Sección de Técnicas Identificativas.

3.1.5.5.3. **Unidad Central de Criminalística**. De esta Unidad depende el:

3.1.5.5.3.1. **Servicio de Técnica Policial**, asume las funciones de estudiar y realizar los informes periciales de interés policial y judicial en materia de falsificación documental, grafoscopia, balística forense, identificativa y operativa, trazas instrumentales y acústica forense, así como elaborar métodos y procedimientos técnicos para la práctica de las inspección ocular, cuenta con:

-Sección de Documentoscopia,

-Sección de Acústica Forense,

-Sección de Balística Forense, y

-Sección de Informática Forense

3.1.5.5.4. **Unidad Central de Análisis Científicos**, de esta Unidad depende:

3.1.5.5.4.1. **Servicio de Coordinación Analítica**, que asume las funciones de gestionar los laboratorios de Policía Científica en las áreas de Biología. ADN, Química y Toxicología, realización de analíticas especializadas, elaboración de informes periciales de interés policial y judicial (Química, Biología, Toxicología, ADN).

-Sección de ADN Casos.

- Sección de ADN Técnicas Instrumentales.
- Sección de Sistema Integración Operativa.
- Sección de Análisis de Gestión y
- Sección de Química y Toxicología.

3.1.5.5.5. **Unidad Central de Coordinación Operativa.** De esta Unidad depende:

3.1.5.5.5.1. **Servicio de Actuaciones Operativas:**

- Sección de Inspecciones Oculares,
- Sección de Coordinación territorial y
- Sección de Tecnología de la Imagen.

3.1.5.5.6. **Unidad Central de Investigación Científica y Técnica,** funciones relacionadas con investigación científica y técnica y el control de calidad, así como las relaciones con otros organismos e instituciones nacionales e internacionales (Informática, Estudios e investigación, Control de calidad). Secciones: 1).Calidad y 2).Relaciones Internacionales. Competencias:

1.-**Área de identificación lofoscópica,** procedimiento de identificación personal basado en el estudio de dactiloscopia (dibujo que forman las crestas y surcos papilares de las yemas de los dedos), quiroscopia (palmas de las manos), pelmatoscopia (plantas de los pies). Ficheros de huellas: ordenador BERTA en la Policía y DUQUE DE AHUMADA ordenador de la G.C.; Informes sobre otro tipo de huellas (calzado, labios, guantes...)

-Actividades: Obtención de huella dactilar y muestras biológicas para la Unidad Central de Análisis Científicos, Biología ADN; Actualización de la base de datos de Prepol; Confección de Informes Técnicos relacionados con la identificación de ciudadanos españoles y extranjeros; Mantenimiento del archivo de reseñas; Colaboraciones y relaciones internacionales en el ámbito lofoscópico (PRÜM); Punto de Acceso Nacional de Eurodat; Establecimiento de Sistema de Calidad de la Unidad.

2.-**Área de SAID.**

Actividades: emisión de informes periciales lofoscópicos, formación de especialistas y usuarios, administración del Sistema Automático de Identificación Dactilar, actualización de las bases de datos, y colaboración con otros Cuerpos Policiales usuarios del SAID, y relaciones internacionales con el ámbito lofoscópico (PRUM)

3.-**Área de Técnicas identificativas:**

-Actividades: emisión de informes periciales sobre antropología y odontología forense; Realización de informes periciales sobre entomología forense;

Confección de informes técnicos sobre estudios fisionómicos; Labores de identificación de cadáveres; Administración de la base de datos de Personas Desaparecidas y Restos Humanos sin identificar; Retrato robot.

4.-Área de Documentoscopia.

-Actividades: estudios para establecer la autenticidad o falsedad de un escrito o documento impreso (falsedad documental); de escritura manual (Grafoscopia); Identificación del autor de textos y firmas manuscritos; Determinación de autenticidad o falsedad de obras de arte; Falsificaciones de marcas registradas (signos distintivos).

5.-Área de Acústica Forense.

-Actividades: Estudios sobre identificación de hablantes; Estudios sobre manipulación de registros, procesado y edición de la señal de sonido; Estudios de pasaporte vocal; Identificación de fuentes de registro.

6-Área de Balística Forense que realiza tanto en las Unidades Centrales como en las Territoriales.

-Actividades: Balística operativa (Examen operativo de armas de fuego y Estudios de armas y elementos balísticos “dubitados”); Balística identificativa (Identificación de armas por estudios microscópicos); Trazas instrumentales (Estudio de herramientas, elementos de cerradura violentados, y marcas relacionadas con estos elementos; Estudios de placas de matrícula y troqueles; Estudios de ropas en lesiones por arma blanca). En la C^a General de Policía Científica, la Sección de Balística forense, utilizan diversos medios técnicos para trabajos especializados, entre otros: Microscopio criminalístico de comparación y el IBIS: Sistema Integrado de Identificación Balística (Identification Ballistic Integrated Sistem), que se soporta en una tecnología informática y óptica avanzada.

7.-Área de Informática Forense.

-Actividades: análisis de la información obtenida en soportes informáticos solicitada por la Autoridad Judicial o Unidades Operativas.

8.-Área de Casos. Actividades: Estudio preliminar de muestras en las siguientes matrices: sangre, saliva, semen, restos epiteliales, huesos, dientes, tejidos, uñas; Técnica de extracción orgánica de ADN; Elaboración de Informes.

9.-Área de Técnicas Instrumentales.

-Actividades: Extracción magnética de ADN; Técnicas de cuantificación normalización, amplificación (PCR); Técnica de amplificación o PCR para el estudio de polimorfismos de ADN nuclear (Cr Y, y Cr X) y obtención de haplotipos de Cr Y, y Cr X; Estudios de polimorfismos de ADN nuclear (STRs

autosómicos); Estudio de muestras de la reseña biológica; Obtención del perfil genético.

10.-Área de Sistemas de Integración Operativa.

-Actividades: Integración operativa de de datos en bases de datos nacional CODIS; Supervisión de la implantación del sistema de calidad en los laboratorios según ISO 17025 y mantenimiento de la acreditación ENAC.

11.-Área de Análisis de gestión.

-Actividades: Desarrollo y aplicaciones de inteligencia científica policial (BINCIPOL); Gestión y desarrollo de LIMS como sistema de control del flujo de trabajo en los laboratorios.

12.-Área de Análisis Químicos

-Actividades de Química general Incendios, explosivos, tierras, fauna, flora, vidrios, aguas, alimentos); Química, toxicológica (Estupefacientes, anfetaminas, MDA, MDMA, MDEA y otras drogas de diseño, identificación de fármacos, Alcoholemias, controles, Tóxicos inorgánicos, Tóxicos orgánicos); Química criminalística (Estudio de pinturas, fibras, residuos de disparo, restauración de números de serie, tintas y papel, fraudes de marcas).

13.-Área de Inspecciones Oculares:

-Actividades: Realizan las Inspecciones Oculares Técnico Policiales con ocasión de delitos violentos, incendios y explosiones, a solicitud de Organismos centrales o plantillas que lo requieran; También llevan a cabo las Inspecciones Oculares Técnico-Policiales en delitos de terrorismo en cualquier parte del territorio nacional Colaboraciones bajo solicitud, en otros países en asuntos de su competencia.

14.-Área de Tecnología de la Imagen.

-Actividades: Fotografía (Apoyo fotográfico en inspecciones oculares, reconstrucciones de hechos e intervenciones policiales. Fotografías de reseña y fotografía criminalística; Realización de Informes periciales sobre material, equipos o imágenes fotográficas); Vídeo (Reportajes de vídeo en Inspecciones Oculares, reconstrucciones hechos, intervenciones policiales, etc.; edición en vídeo y edición de audio mediante la inserción de banda sonora o narración; Obtención y tratamiento de imágenes digitales; Realización de Informes periciales relativos a material audiovisual); Infonografía forense (Realización de reportajes fotográficos en la inspección ocular mediante el empleo de escáner láser 3D, para la reconstrucción de escenarios virtuales en 3D; Recreación de escenarios reales en 3D y posteriores recorridos virtuales por los mismos escenarios; Creación de vídeos en 3D con reconstrucciones de hechos delictivos y sus diversas hipótesis).

15.-Área de Coordinación territorial.

-Actividades: Supervisa y coordina todos los cursos relacionados con las especialidades propias de las secciones de Inspecciones oculares y Tecnología de la Imagen; Captación, estudio y evaluación de las posibles innovaciones aplicables a estas especialidades, junto con la coordinación, comunicación y difusión de la información relativa a las mismas.

16.-Área de Calidad.

-Actividades: Coordina e impulsa los procesos de acreditación en las Unidades de Policía Científica centrales y territoriales; Elabora y revisa el Manual de Calidad y de los Procedimientos Generales; Coordina las revisiones del sistema general CGPC; Responsable de la gestión de la información y retorno de clientes internos y externos; Establece comunicación e interlocución con las consultoras privadas de calidad y solicita sus servicios de acuerdo a las necesidades de las distintas Unidades; Desarrolla y actualiza los contenidos del sitio web de la CGPC.

17.-Área de Relaciones Internacionales.

-Actividades: Elaboración de la propuesta de actividades de cooperación internacional anual; Solicitud, tramitación e informe final de la actividad internacional; Tramitación y gestión de las visitas, seminarios y cursos de invitados de otras nacionalidades en la Comisaría General de Policía Científica.

9.3.1.6 Divisiones

9.3.1.6.1 División de Cooperación Internacional

Depende de la DAO. Fue creada por R.D. 400/2012 de 17 de febrero por la que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE núm. 42, de 18 de febrero de 2012). Las funciones: dirección y coordinación de auxilio a las policías de otros países y la coordinación de los grupos de trabajo en los que participe la Dirección General de la Policía, en el ámbito de la Unión Europea y otras Instituciones Internacionales, y aspectos relacionados con misiones de apoyo a terceros países y personal policial que presta servicio en el extranjero. La Orden INT/29/2013 determina los ámbitos de actuación más importantes. Está integrada por:

1. **Secretaría General**. A ella está adscrito el Centro de Comunicaciones Internacionales y la Oficina Central Nacional de la Red BDL de la Unión Europea.
2. **Área de Coordinación Internacional (ACI)**, con la misión de gestionar y coordinar todos los asuntos relacionados con la cooperación policial internacional, no atribuidos específicamente a otras unidades. Actualmente tiene presencia en más de setenta países de todo el mundo.
3. **Oficina Central Nacional de Interpol** con las misiones de cooperación técnica y operativa con las policías de otros países y cooperar en el auxilio judicial, conforme a lo establecido en los Tratados y Acuerdos internacionales.
4. **Unidad Nacional de Europol** con la misión de canalizar y coordina la cooperación técnica y operativa con la Agencia Europol en el marco de las disposiciones de la Unión Europea que regulan su funcionamiento.
5. **Oficina Sirene** (acrónimo de Supplementay Information Request for National Entry), con misiones encomendadas en el Convenio de Aplicación de los Acuerdos de Schengen y en el Manual que desarrolla el mismo, intercambio de información relativa a personas de interés policial, señalamiento de vehículos, armas, billetes de banco...
6. **Unidad Nacional de Información de Pasajeros (UNIP)** en el marco de un proyecto financiado por la Comisión Europea relativo a los trabajos sobre el sistema de grabación de datos de pasajeros de la Unión Europea (PNR-UE).

9.3.1.6.2 División de Personal

(Art. 12. Orden INT/28/2013). Dependiente de la Subdirección General de Recursos Humanos. Integrada por:

1. **Secretaría General** con funciones de administración y gestión de personas y medios adscritos a la misma, prestando asistencia técnica, jurídica y administrativa a los diferentes órganos que la integran, coordinando la actuación de los mismos, así como el ejercicio de las funciones propias del Tribunal Médico.

Dependen de ella:

- a) Área de Retribuciones,
- b) Área de Asuntos Jurídicos,
- c) Área de personal no Policial,
- d) Área de Análisis y Desarrollo de la Gestión, y

e) Área Sanitaria que se responsabiliza de la planificación y el seguimiento de la asistencia sanitaria y el control del absentismo, así como del ejercicio de las funciones propias del Tribunal Médico

2. **Unidad de Gestión de Personal Policial**, de la que dependen:

a) Área de Gestión del Catálogo del Cuerpo Nacional de Policía, y

b) Área de Documentación y Expediente Personal

3. **Unidad de Régimen Disciplinario**.

9.3.1.6.3 División de Formación y Perfeccionamiento

(Art. 13. Orden INT/28/2013). Dependiente de la Subdirección General de Recursos Humanos. Realiza funciones de selección promoción, formación, especialización..., de los miembros del Cuerpo Nacional de Policía. Está integrada por:

1. **Secretaría General** con: Área de Planificación y Psicopedagogía.

2. **Escuela Nacional de Policía**, Centro de Formación que radica en Ávila. Le corresponde desarrollar e impartir los cursos y programas formativos de acceso a las Escalas Ejecutivas y Básica del Cuerpo Nacional de Policía, así como las acciones formativas dirigidas a alumnos de otros cuerpos policiales, en el ámbito de la cooperación policial tanto a nivel nacional como internacional. También programa y ejecuta cursos relacionados con la promoción interna de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, excepto los encomendados al Centro de Altos Estudios Policiales.

3. **Centro de Actualización y Especialización (CAE)** con sede en Ávila, Linares (Jaén) y Madrid. También forman a Policías extranjeros.

4. **Centro de Altos Estudios Policiales** con las funciones de desarrollar e impulsar las acciones formativas específicas y complementarias, de altos responsables de la Seguridad Pública, fomentando para ello la participación y colaboración de la Universidad y otras Instituciones públicas y privadas. De este Centro depende el Instituto de Estudios de la Policía. Con funciones de investigación, desarrollo y promoción de nuevos métodos y técnicas profesionales...

5. **Área de Procesos Selectivos**, (en Madrid, Avd. Pío XII) para acceso y promoción interna en las diferentes Categorías y Escalas del Cuerpo Nacional de Policía, cursos de actualización para la posterior promoción por antigüedad selectiva, habilitación de personal de seguridad privada, procesos de acceso a

la profesión de vigilantes de seguridad y especialidades y la inspección de sus centros de formación.

9.3.1.6.4 División Económica y Técnica

(Art. 14. Orden INT/28/2013). Depende de la Subdirección General de Logística. Integrada por las siguientes unidades:

1. **Secretaría General.**
2. **Jefatura de Sistemas Especiales,** desarrollo y aplicación de equipos técnicos destinados a la investigación policial.
3. **Unidad Económica,** dependen de esta unidad: 1) Área Financiera y Presupuestaria, y 2) Área de Medios Materiales.
4. **Unidad Técnica,** de la que dependen: 1). Área de Patrimonio y Arquitectura y 2). Área de Automoción.

9.3.1.6.5 División de Documentación

(Art. 15. Orden INT/28/2013). Depende de la Subdirección General de Logística. Está integrada por las siguientes unidades:

1. **Secretaría General.**
2. **Área de Tratamiento Documental y Archivo.** Le corresponden la gestión de los fondos documentales de la DGP de acuerdo con la Orden INT/2528/2002 de 2 de octubre, y la realización de las actividades relacionadas con la gestión de los antecedentes de las personas de interés policial, así como las requisitorias judiciales y policiales.

9.3.1.7 Organización Periférica:

La estructura de la Organización periférica según la Orden INT/28/2013, de 18 de enero y el Catálogo de Puestos de Trabajo de 1 de enero de 2008, se compone de:

9.3.1.7.1 Jefaturas Superiores de Policía

(Orden INT/28/2013. Art. 18.1) “Las Jefaturas Superiores de Policía son órganos de mando, gestión, coordinación e inspección de los distintos servicios dependientes de la Dirección General de la Policía existentes en el ámbito territorial de actuación del Cuerpo Nacional de Policía”. En el apartado b) del mismo artículo dice que “Dependiendo del Jefe Superior existirá una Unidad de Coordinación Operativa Territorial...” y en el punto d) que en las “Jefaturas Superiores pluriprovinciales y con el fin de prestar apoyo y coordinar las investigaciones sobre la delincuencia que actúa en diferentes provincias, se podrán crear Brigadas Regionales por cada área de actividad, Información, Policía Judicial, Seguridad Ciudadana, Extranjería y Fronteras y Policía Científica...” En el Anexo I de la Orden, constan 20 Jefaturas Superiores indicando la sede y el ámbito territorial en una o en varias provincias.

1. **Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana**. Prevención y mantenimiento de la Seguridad Ciudadana (orden público). Seguridad privada y espectáculos, protección de personalidades y edificios, custodia y traslado de detenidos. En ella están:

a) **Sala del 091**.- La primera sala de pruebas se puso en marcha en 1958 y su implantación en toda España se hizo efectiva en 1960. Funciona 24 horas al día de los 365 días del año. Es un órgano de coordinación operativa por excelencia, que recibe avisos de los ciudadanos y distribuye los dispositivos policiales. Están dotadas de avanzados equipos de comunicaciones y medios técnicos. La Sala del 091 de la JSP de Madrid gestiona una media de 3000 llamadas diarias y coordina 250 efectivos de diferentes unidades y especialidades de seguridad ciudadana. Se coordina con otros servicios de emergencias o cuerpos policiales y supervisa que controla el funcionamiento de todos los dispositivos, para afrontar con eficacia las situaciones de emergencia.

b) **Grupo de Atención al Ciudadano (GAC)**. “Radio patrullas” o “Z”. Patrullan en coche por las calles, prestan atención y auxilio a los ciudadanos que lo solicitan. Finalidad: prevención de delitos, identificación de sospechosos, detección de los mismos, y en su caso perseguir y detener a los autores. Dependiente de llamadas de Sala del 091.

c) **Unidad de Prevención y Reacción (UPR)**. La prevención es la principal labor de esta Unidad en especial en lo relativo al orden público y a la seguridad ciudadana, en las que no se considere necesaria la intervención de las UIP. Intervienen en concentraciones, manifestaciones, espectáculos públicos,

eventos sociales, fiestas... En Madrid, en la Jefatura Superior, la Nueva UPR con 378 agentes (se presentó en Madrid el 1 de noviembre de 2012), se unifican: Centauros, Zodiacos, y Alazanes en un macro grupo, con el nombre “Bronce”, unidad que realiza labores de prevención, restablecimiento del orden público, colaboración con otras unidades policiales e instituciones, y de reacción ante hechos imprevistos graves, en esta UPR, se integran las secciones operativas de los Centauros, Zodiacos, y Alazanes, tres secciones operativas que prestaban servicio en Madrid.

Esta nueva UPR está formada por diez grupos operativos, cada uno de treinta policías y cuatro subgrupos de motos de quince policías cada uno distribuidos en tres secciones. Trabajan durante 24 horas todos los días del año. Tienen su sede en las dependencias policiales de la Casa de Campo, en Madrid. Cuentan con diferentes vehículos en función de las necesidades de cada servicio.

Desde el 19 de noviembre de 2012, “Centauros” en Madrid, que era una Sección Especial de Reacción y Apoyo SERA, dotaciones policiales de variada composición (Furgonetas, Vehículos Z, Motos, Patrullas peatonales...), que intervenían en zonas consideradas “puntos negros” o “calientes” de la delincuencia, los “Zodiacos” y los “Alazanes”, servicio operativo, con funciones de prevención, utilizando motos por la vía pública, realizando servicios relacionados con la seguridad ciudadana, protección de autoridades en recorridos urbanos, escoltar personalidades en desplazamientos, control indirecto de manifestaciones públicas, se han unificado los tres en el indicativo “Bronce”, el que corresponde a la Unidad de Prevención y Reacción de Madrid.

Hay que recordar **“El Proyecto Policía 2000”** Fue un ambicioso plan diseñado desde la Dirección General con el objetivo de reducir la delincuencia y dar una mejor atención al ciudadano, una respuesta ágil a las necesidades de la sociedad en materia de seguridad pública, mediante dos líneas básicas de actuación policial: la proximidad de la policía a la comunidad, y la especialización policial, potenciando las Comisarías Locales y de Distrito, adscripción estable de agentes de policía a zonas concretas, creación de la figura del investigador de proximidad, y acuerdos con otros Cuerpos policiales especialmente con la Policía Local. La especialización se refería a competencias relacionadas con el campo de la información, extranjería, policía judicial o policía científica. El sistema de trabajo era de dirección por objetivos.

Se inauguró en 1999 con el programa 6x6 y trataba de combatir en seis principales ciudades los seis delitos que producían más alarma social, pero no alcanzó ninguno de los objetivos con los que nació: mejorar la calidad de los

servicios ofrecidos, aumentar el nivel de satisfacción tanto de los ciudadanos como de los policías, y la reducción de la delincuencia. Tenía como Unidades modulares tres años después, las tasas de criminalidad habían aumentado por encima de la media en cuatro de esas seis ciudades. Por la Orden de 10 de septiembre de 2001 (disposición derogada), la DGP adapta su estructura al desarrollo del Programa Policía 2000, sustentado en el modelo territorial integrado en las Unidades MIP (Modulo Integral de Proximidad), a pie y en moto, vehículos Z, maxi-Z, realizaban investigaciones e inspecciones oculares; en este Módulo: PPP: Policía Preventiva de Seguridad; PIP: Policía Investigadora de Proximidad, y PTP: Policía Técnico de Proximidad (Patrullas Urbanas), a pie la vía pública en actividades de vigilancia y protección ciudadana; MGO (Módulo General Operativo), con Oficina de denuncias, Sala 091, Seguridad, Calabozos, y Grupo de respuesta y MA (Módulo de Apoyo), documentación, gestión de recursos materiales y humanos y mantenimiento.

En el modelo supraterritorial la organización operativa se configura en cuatro niveles: el primero afecta a determinadas Comisarías Locales representado por el MOE (Módulo operativo de Especialidad); el segundo en las Comisarías Provinciales, conformado por la BO (Brigada Operativa); el tercer nivel referido a un ámbito territorial más amplio integrado por las Brigadas Especializadas y el cuarto nivel de alcance nacional responsabilidad de las Comisarías Generales.

Ante los escasos resultados, se diseña en 2004 un nuevo plan, reorientando a la Policía de Proximidad hacia una línea más operativa, reduciendo el tiempo de respuesta o reacción policial, aumentando la presencia policial en lugares donde se producen aglomeraciones, actuación coordinada con policías locales, lucha contra la delincuencia organizada.

2. **Brigada Provincial de Policía Judicial**. Realiza investigación y persecución de delitos y faltas, explotación de la información y colaboración con los Juzgados, Tribunales y el Ministerio Fiscal en la averiguación de los delitos y en el descubrimiento y aseguramiento de los delincuentes. Se estructuran con subespecialidades:

- Unidades para la represión de la Droga y del Crimen Organizado,
- Unidades de Delincuencia Especializada y Violencia,
- Unidades de Coordinación y Apoyo Técnico,
- Unidades de Policía Judicial adscrita a Tribunales y Juzgados, y
- Unidad de Vigilancia.

La Resolución de 19 de octubre de 2010 regula las **ODAC**, (Oficina de Denuncias y Atención al Ciudadano), funciones y adscripción a Policía Judicial.

SAF, Servicios de Atención a la Familia. Tanto el GRUME como el SAM, son dos servicios desplegados en las diferentes Brigadas Provinciales y Comisarías Locales, están actualmente unificados en los SAF, si bien en algunas Jefaturas Superiores como la de Madrid se mantienen con esa denominación existiendo dos secciones separadas Sección SAM (Servicio de Atención a la Mujer) y Sección GRUME (Grupo de Menores).

Los Grupos de Menores denominados **GRUME**, se encuentran incardinados en las Brigadas Provinciales de Policía Judicial. Se crearon en 1986. La función es protección de los menores, víctimas de cualquier tipo de maltrato, bien sea físico (incluido el abuso sexual), tanto como el psicológico, y también protección de menores infractores. Trabajan con instituciones públicas y privadas, relacionadas con la problemática de menores tanto desde su protección como de reforma.

Los Servicios de Atención a la Mujer que se denominaron **SAM**, reciben denuncias referidas a violencia contra la mujer la cual recibe atención personal. El SAM, trabaja con instituciones públicas y privadas, relacionadas con la problemática de violencia contra la mujer.

2. **Brigada de Información**. Con funciones de captación y recepción de información, y gestión y desarrollo de información.
- 3.
4. **Brigada de Extranjería y Fronteras**, con funciones de Control entrada/salida de extranjeros; Tramitación de expedientes de Refugio y Asilo; Vigilancia de la emigración e inmigración.
5. **Brigada de Policía Científica**, con funciones, entre otras, de recogida y tratamiento de indicios, elaboración de Informes, Reseñas de detenidos...

9.3.1.7.2 Comisarías Provinciales, y de las Ciudades de Ceuta y Melilla

(Orden INT/28/2013. Art. 19). “Existirá una Comisaría Provincial de Policía en cada una de las provincias del territorio nacional con sede en la capital de la misma, así como sendas Comisarías en las ciudades de Ceuta y Melilla”. Las Comisarías Provinciales y las de las Ciudades de Ceuta y Melilla, podrán tener la siguiente estructura básica:

1. Unidad de Coordinación Operativa Provincial, en aquellas Comisarías Provinciales cuyo número de dependencias y volumen de plantilla lo aconseje y así lo recoja el Catálogo de Puestos de Trabajo.
2. Unidades Territoriales Operativas, “Las Comisarías Provinciales y las de las Ciudades de Ceuta y Melilla, contarán con tantas unidades territoriales operativas especializadas como Comisarías Generales se establecen en la presente Orden”. También “cuando las circunstancias e incidencia de la delincuencia lo aconsejen podrán contar con las Comisarías Zonales que se determinen en el Catálogo de Puestos de Trabajo.
3. Secretaría General, que “asume las funciones de apoyo técnico y de gestión de los recursos humanos y la logística, así como de la gestión y coordinación de las unidades y equipos de expedición de la documentación de los ciudadanos españoles y extranjeros residentes, y del archivo.

9.3.1.7.3 Comisarías Locales

(Art. 20. Orden INT/28/2013). Contarán con las unidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones; realizarán las que el ordenamiento jurídico atribuye al CNP. En el Anexo II de la Orden constan los nombres de 125 Comisarías Locales, y en siete de ellas, el ámbito territorial de actuación.

9.3.1.7.4 Comisarías de Distrito

(Art. 21. Orden INT/28/2013). Son Unidades básicas de la organización policial en las grandes urbes. Las localidades y el número se reflejan en el Anexo III de la Orden, con un total de 63 Comisarías de Distrito en todo el territorio nacional.

9.3.1.7.5 Puestos Fronterizos

(Orden INT/28/2013. Art. 22). “Son los pasos o lugares físicos habilitados de entrada y salida del territorio nacional de españoles y extranjeros. La Unidad Policial de los Puestos Fronterizos realizará las funciones de control policial de carácter fijo y móvil, de entrada y salida de personas del territorio nacional, así como la seguridad interior de los aeropuertos cuando tuvieran su sede en los mismos. Tienen también la consideración de Puestos Fronterizos aquellos puertos, aeropuertos y pasos terrestres que estén reconocidos, o puedan serlo en el futuro, como frontera exterior Schengen”. Existen en las localidades

reflejadas en el Anexo IV de esta Orden. Los Puestos Fronterizos son: 4 Terrestres, 38 Aéreos (Aeropuertos), y 34 Marítimos (Puertos).

9.3.1.7.6 Unidades de Cooperación Policial y Aduanera

(Orden INT/28/2013. Art. 23). “Son unidades destinadas a desarrollar, en la zona fronteriza, la cooperación en materia policial con aquellos Estados con los que España comparte frontera común de acuerdo con lo previsto en los Convenios o Acuerdos Internacionales correspondientes”. Las localidades y las Plantillas a las que están adscritos, quedan reflejadas en el Anexo V de la Orden. Los Centros de Cooperación Policial y Aduanera, son 4 con Portugal, y 4 con Francia. Los Centros de Cooperación Policial con Marruecos son 2.

9.3.1.7.7 Unidades de Extranjería y Documentación en Puestos Fronterizos

(Orden INT/28/2013. Art. 24). “Asumirán las funciones policiales en materia de extranjería y documentación y, particularmente, la ejecución de controles móviles en la zona fronteriza, así como la tramitación y expedición de documentación de ciudadanos extranjeros en los Puestos Fronterizos” Anexo VI de la Orden constan 21 Unidades y el Órgano al que están adscritas. Este Anexo VI ha sufrido varias modificaciones; Orden INT/237/2014 (22 de 20 de febrero (22 Unidades), Orden INT/1472/2014 de 25 de julio (24 Unidades), Orden INT/2088/2014 de 29 de octubre (25 Unidades), y en la Orden INT/504/2015 de 23 de marzo consta la relación de 27 Unidades.

9.3.1.8 Unidades Especiales y Especializadas

Todas las Unidades del Cuerpo Nacional de Policía están especialmente preparadas para las funciones que han sido creadas, realizando actividades que conllevan una habilidad específica y precisan selección, entrenamiento y uso de medios específicos.

A) Dependiente de la Dirección Adjunta Operativa (DAO)

9.3.1.8.1 Grupo Especial de Operaciones (GEO)

Fundado en abril de 1978, el GEO, es una Unidad de élite de Operaciones Especiales del Cuerpo Nacional de Policía de España,

especialistas en operaciones de riesgo, con especial cualificación y con capacidad de resolución para poner fin a situaciones especialmente críticas. El primer curso de acceso a esta Unidad fue convocado en 1977 siguiendo el ejemplo del grupo antiterrorista alemán GSG-9 con el fin de luchar contra el terrorismo, y los diversos grupos de delincuencia organizada de la España de los años setenta.

Con gran preparación física y psíquica, con frecuencia deben pasar bruscamente a la resolución de las situaciones más conflictivas y peligrosas, funciones como las que se especifican en la Resolución de 27 de diciembre de 1989 de la DGP en su apartado segundo:

- Liberación de personas secuestradas o tomadas como rehenes.
- Reducción o neutralización de los integrantes de bandas terroristas, grupos armados o delincuentes peligrosos.
- Apertura y entrada en los lugares utilizados por los componentes de bandas terroristas y de grupos de delincuencia organizada.
- Ejecutar los dispositivos de protección de personas y bienes que se les encomienden.
- Prestar servicios de seguridad en las sedes de las Representaciones Diplomáticas y Consulados de España en el extranjero cuando se considere oportuno.
- Realizar reconocimientos subacuáticos para la búsqueda de víctimas, artefactos explosivos u objetos utilizados para cometer hechos delictivos.

Con base en Guadalajara, el Grupo realiza operaciones en el territorio nacional e internacional.

La Unidad tiene dos núcleos diferenciados:

a) Sección Operativa, con dos grupos “40” y “50” que antiguamente se denominaban Alfa y Bravo. Cada uno de los grupos se articula en dos subgrupos configurados cada uno por tres comandos (equipos) de cinco hombres, siendo el comando la unidad básica sobre la cual se programan los entrenamientos, Cada miembro del comando se encuentra encuadrado en una especialidad concreta que completa la total polivalencia del mismo. Las capacidades de los miembros del comando son la de aperturas, francotirador, medios especiales y buceador, en busca de la coordinación perfecta de facultades para conseguir el éxito de la misión.

En la Sección Operativa se encuadran también el Grupo Operativo de Formación y Especialidades (GOFE) y el Grupo Operativo de Técnicas y Experiencias (GOTE).

b)La Sección de Apoyo, se encarga de labores de logística, constituido por personal que no participa en la acción directa pero que nutre de los equipos operativos con sus conocimientos sobre transmisiones, armamento, fotografía y cartografía, sanidad, automoción, material, administración y mantenimiento.

Los **GOES**, Grupos Operativos Especiales de Seguridad, constituyen junto al GEO (Grupo Especial de Operaciones) dos unidades de élite del CNP. Están ubicados en las principales ciudades y sus cometidos son la detención de terroristas armados o peligrosos y grupos de crimen organizado. También realizan protecciones especiales de personas y bienes. Estas Unidades fueron creadas en 1989 ante la creciente demanda de situaciones que exigían la intervención del GEO en distintos puntos de España. Técnicamente dependen del GEO. Tienen una alta cualificación profesional. Ubicados en Jefaturas Superiores, a veces se integran en las Brigadas de Seguridad Ciudadana (BSC). Son pequeños Grupos de intervención táctica.

B) Dependiente de la Comisaría General de Información

9.3.1.8.2 TEDAX-NRBQ

Adscritos a la Comisaría General de Información. Los Técnicos Especialistas en Desactivación de Artefactos Explosivos deben actuar con gran precisión sabiendo que si hay un error, y a veces sin que lo haya puede producirse una explosión que les ocasione lesiones graves o muerte. Requiere mucho control, el funcionario está sometido a gran tensión emocional. Actividades: neutralizar, desactivar, manipulación de explosivos, búsqueda, detección, explosión controlada, intervención de artefactos explosivos no reglamentarios, realizando estudios e informes (peritajes) de los mismos.

En el año 1975 ante la creciente presión terrorista, se crea la especialidad de Técnico de Desactivación de Artefactos explosivos (TEDAX). Las amenazas han obligado a que en diciembre de 2004, se aúnen las competencias sobre incidentes NRBQ, naciendo la figura del especialista TEDAX-NRBQ, así pues, desde hace unos años todos los TEDAX tienen que estar especializados para actuar en caso de ataque nuclear, radiológico, biológico o químico, por lo que la Unidad se refundió en TEDAX-NRBQ (Altamente preparados para riesgo: Nuclear, Radiológico, Biológico y Químico).

La especialidad, tiene despliegue nacional con grupos estratégicamente distribuidos en las grandes urbes que permiten dar respuesta a los riesgos de artefactos explosivos de forma rápida y eficaz.

Tienen que tener más de dos años de servicio en activo y como cualidades: estabilidad y control emocional, afán de permanente formación y perfeccionamiento, capacidad de concentración, observación, análisis y toma de decisiones; acentuado sentido de la disciplina y plena disposición hacia el servicio, así como aptitudes para el trabajo en equipo. En la formación y actualización permanente del TEDAX-NRBQ se tiene presente que “el primer error, es el último”.

Su misión es intervenir y actuar ante la presencia y detección de supuestos artefactos explosivo e incendiarios y de todo tipo de agente NRBQ, así como la recogida, transporte, análisis e investigación de los mecanismos, elementos y restos de dichos artefactos y de las sustancias NRBQ.

El EBDS, es una herramienta de uso cotidiano para los expertos TEDAX-NRBQ y para los agentes de Unidades antiterroristas. Es una nueva base de datos (disponible desde octubre de 2010), garantiza el acceso a la información e inteligencia más fiable de la que se dispone. Sistema dual que cuenta con dos potentes bases de datos, una de ellas se emplea para los incidentes relacionados con el uso de explosivos y la otra está destinada a recopilar incidentes con componentes nucleares, radiológicos, biológicos o químicos. De igual modo el EBDS aporta foros de discusión especializados. **EDE**, es Equipo de Desactivación de Explosivos, dos policías TEDAX, Equipo mínimo.

C) Dependientes de la Comisaría General de Policía Judicial

9.3.1.8.3 Brigada de Investigación Tecnológica (BIT)

Destinada a responder a los retos que plantean las nuevas formas de delincuencia tecnológica (pornografía infantil, estafas y fraudes por Internet, fraude en el uso de las comunicaciones, ataques cibernéticos, piratería). Son funciones para velar por la seguridad de los internautas y de los ciudadanos en general.

9.3.1.8.4 Brigada Central de Estupefacientes (BCE)

Dependiente de UDYCO. Encargada de combatir el tráfico ilícito de sustancias estupefacientes a nivel nacional e internacional; también lucha contra el tráfico de drogas en la red.

D) Dependiendo de la Comisaría General de Seguridad Ciudadana:

9.3.1.8.5 Unidades de Intervención Policial (UIP)

Las Banderas móviles de la Policía Armada, fueron las primeras Unidades de naturaleza militar, creadas a principios de los años sesenta del pasado siglo con misiones de mantenimiento y restablecimiento del orden público, con capacidad de desplazamiento rápido de un lugar a otro para realizar su servicio.

El antecedente más inmediato de las Unidades de Intervención Policial (UIP) son las Compañías de Reserva General conocidas popularmente como “antidisturbios”, desde la primera creada en Logroño en diciembre de 1969, con estructura esencialmente militar, se llegaron a formar veintidós Compañías distribuidas por toda la geografía de España, con misiones específicas de mantenimiento y restablecimiento del orden público.

Por el RD 1668/1989, de 29 de diciembre, se crean las Unidades de Intervención Policial, y se establecen las especialidades de su régimen. Dice en el texto este RD “El número existente de Compañías de Reserva General resulta excesivo y su organización carece de la deseada funcionalidad en el aspecto operativo y de despliegue policial, por razones de inadecuada ubicación, falta de rentabilidad en su utilización...”por lo que se declaran a extinguir, y se crean las Unidades de Intervención Policial, en sustitución de las Compañías de Reserva General y le atribuye funciones.

Art. 1. “Se crean en el Cuerpo Nacional de Policía las Unidades de Intervención Policial como órganos móviles de seguridad pública con la misión de actuar en todo el territorio nacional principalmente en los supuestos de prevención y peligro inminente o grave alteración de la seguridad ciudadana”.

Art. 3. “Para acceder a estas Unidades deberán superarse las pruebas selectivas que una vez aprobadas darán opción para realizar un curso, también selectivo”.

Art. 4. “Asumirán el compromiso de permanecer en las mismas durante tres años continuados y en su caso en los sucesivos dos años”. Si desean continuar deberán superar pruebas de revalidación y esas pruebas deberán superarse para cada periodo sucesivo de dos años.

Están obligados a hacer ejercicios de adiestramiento y manejo de medios en el tiempo y forma que se determinen, Art. 5.

Las UIP, dependen de la Comisaría General de Seguridad Ciudadana, son órganos móviles de seguridad pública con la misión de actuar en todo el territorio nacional, principalmente en los supuestos de prevención y de peligro inminente o de grave alteración de la seguridad ciudadana. La Jefatura de las UIP, “asume la prevención, mantenimiento y, en su caso, restablecimiento del orden público, así como la coordinación, supervisión y control de las Unidades de Intervención Policial, sin perjuicio de la dependencia funcional de las mismas de la respectiva Jefatura Superior, Comisaría Provincial o Comisaría Local donde tengan su sede o se hallen asignadas”.

Las UIP han participado en todos los grandes acontecimientos ocurridos en España en los últimos tiempos: Control de manifestaciones, disolución de manifestaciones, seguridad en espectáculos públicos, Olimpiada 1992, Exposición Universal 1992, colaboración en la protección de SS.MM. los Reyes de España y altas personalidades nacionales y extranjeras, actuación y auxilio en graves calamidades y catástrofes públicas, intervención en motines... Son unidades uniformadas especialmente entrenadas para su actuación en grandes concentraciones o aglomeraciones humanas o acontecimientos deportivos u otros actos de gran magnitud, en alteraciones graves del orden público... Además colaboran en dispositivos y operaciones especiales, actúan en situaciones de alerta policial, establecimiento de controles.

Dotadas de flexibilidad y capacidad de desplazamiento por todo el territorio nacional, deberán estar siempre localizables. Para formar parte de este grupo, hay pruebas psicotécnicas y físicas más duras, que las generales del CNP, y una vez superadas, deben realizar un curso también selectivo; las pruebas tienen que volver a superarse para cada periodo sucesivo de dos años; la no superación supone la baja en esas Unidades.

La UCI (Unidad Central de Intervención) tiene sede en Madrid y ámbito de actuación nacional. La UCI “asume la organización y ejecución de la protección de altas personalidades nacionales y extranjeras y de aquellas personas que se determinen, así como la de los edificios e instalaciones, que por su interés lo requieran”. De esta Unidad dependen: La Brigada Central de Escoltas y la Brigada Central de Protecciones Especiales. Además de la UCI:

Unidad Central dependiente de la Jefatura de las UIP con base en Madrid y ámbito de actuación en todo el territorio nacional.

Primera UIP con base en Madrid, y ámbito de actuación preferente en Madrid, Toledo, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Albacete.

Segunda UIP con base en Barcelona, y ámbito de actuación preferente en Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona,

Tercera UIP con base en Valencia, y ámbito de actuación preferente en Valencia, Castellón de la Plana, Alicante, Murcia e Islas Baleares.

Cuarta UIP con base de Sevilla, y ámbito de actuación preferente en Sevilla, Cádiz, Huelva, Córdoba, Badajoz, Cáceres y Ceuta.

Quinta UIP con bases en Granada y Málaga y ámbito de actuación preferente en Granada, Málaga, Almería, Jaén y Melilla.

Sexta UIP con bases en Pamplona y Bilbao, y ámbito de actuación preferente en las provincias de Vizcaya, Álava, Guipúzcoa y Navarra.

Séptima UIP con base en Valladolid, y ámbito de actuación preferente en Valladolid, León, Palencia, Burgos, Soria, Ávila, Segovia, Zamora y Salamanca.

Octava UIP con base en La Coruña y Vigo, y ámbito preferente de actuación en La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra.

Novena UIP con base en Oviedo, y ámbito de actuación preferente en Asturias y Cantabria.

Décima UIP con base en Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife y ámbito de actuación preferente en las provincias de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

Undécima UIP con base en Zaragoza y ámbito de actuación preferente en Zaragoza, Huesca, Teruel y La Rioja.

Las unidades, repartidas por España tienen un ámbito de actuación territorial preferente próximo a la ciudad en las que se ubica su base. La de Madrid, centralizada en el complejo policial de Moratalaz es la más numerosa, está compuesta por doce grupos. Cada Grupo (Puma 10, 20, 30, hasta 120 en la capital lo componen 50 agentes: tres subgrupos más el jefe y los enlaces. Cada subgrupo, son dos furgonetas, una con siete policías y otra con ocho con

dos escudos y dos bocachas. Se mueven por parejas, si uno dispara, el de delante protege, con la norma de no dejar a nadie solo.

La situación puede ser en: base (adiestramiento, servicio, alerta, emergencia...), destacada fuera de base (en ruta, en servicio, alerta, emergencia, concentrada, en situación de actuación, en situación de alerta o emergencia)

En el año 2008 había 2.534 policías y en 2012 contaban con 2.744 efectivos. Cada uno de los tres grupos Operativos está compuesto además de los mandos, por cincuenta policías, y cada Grupo está compuesto de tres subgrupos de 15 agentes cada uno, y a su vez se dividen en dos equipos de siete funcionarios.

La Comisaría General de Seguridad Ciudadana, cuenta además con:

1.- La Jefatura de las “**Unidades Especiales**”:

Caballería, Guías Caninos, Subsuelo y Protección ambiental, y

2.-Las “**Unidades Especializadas**”:

Brigada Móvil-Policía en el transporte y Unidades de Prevención Reacción, sin perjuicio de la dependencia funcional de las mismas de la respectiva Jefatura Superior, Comisaría Provincial o Comisaría Local donde tengan su sede

9.3.1.8.6 Unidades de Caballería

Las Unidades de Caballería, tienen sus orígenes en la Real Orden de 1 de septiembre de 1825, por la que se creó el Regimiento de Caballería denominado Celadores Reales “para evitar los robos y tropelías que en su caso se ejecutaran...” Es una Unidad de mayor antigüedad en el CNP. A principios de 1949 nació la Agrupación de Escuadrones de Caballería del Cuerpo de Policía Armada y de Tráfico. Desde 1986 quedaron integradas en la Comisaría General de Seguridad Ciudadana.

Son Órganos móviles de Seguridad Pública con la misión de actuar en todo el territorio nacional para la prevención y mejora de los niveles de seguridad en sus zonas de actuación. El funcionario, realiza funciones relativas a la seguridad ciudadana y al mantenimiento del orden público en aglomeraciones de personas por espectáculos públicos, manifestaciones, etc.

En colaboración con otras unidades refuerzan sensiblemente cualquier dispositivo. Desarrollan numerosas misiones operativas como:

- Patrullaje proactivo vigilancia, localizaciones inspecciones selectivas y otras actuaciones en zonas de difícil operatividad para otros medios policiales y actuación reactiva donde sea requerida. El funcionario efectúa el trabajo montado a caballo.
- Participación en dispositivos de seguridad en grandes concentraciones de masas.
- Colaboración en la protección de personalidades españolas o extranjeras.
- Protección dinámica y estática de personas y bienes.
- Vigilancia y control en áreas marginales y zonas de difícil acceso.
- Actuación en actos protocolarios.
- Servicio humanitarios (rastreos, búsquedas, catástrofes naturales...).
- Policía de proximidad.
- Participación en competiciones hípicas.

9.3.1.8.7 Unidad de Guías Caninos

En enero de 1945, el Ministerio de la Gobernación encarga el cuidado y adiestramiento de perros procedentes del ejército alemán al Cuerpo de Policía Armada y de Tráfico, creándose la Sección de Guías Caninos, siendo el primer Cuerpo que utiliza los perros en España para labores policiales, y en 1947 la Escuela de Adiestramiento canino de la Policía. A lo largo de los años se han ido adiestrando, y así en la actualidad utilizan perros debidamente entrenados para determinados servicios policiales para determinados servicios policiales que permiten la lucha contra diversos tipos de delincuencia:

Detección y localización de explosivos (carácter preventivo y amenaza de bomba), Detección y búsqueda de drogas (colaboración y apoyo con los Grupos de Estupefacientes), Defensa (disuasión de perturbaciones del orden en grandes acontecimientos de masas) y acompañamiento, Rescate y salvamento (localización de personas vivas sepultadas bajo escombros o desaparecidas), Detección de acelerantes del fuego (DAF) colaborando con expertos de la Comisaría General de Policía Científica en la investigación de incendios; Búsqueda, localización y recuperación de restos humanos en superficie o en escombros en catástrofes, o sumergidos bajo el agua (REHU); Detección de billetes de curso legal (BCL) en operaciones antidroga, blanqueo

de capitales...; Localización de personas ocultas (LOPO)... La preparación del Guía Canino y del perro es realizada por expertos en temas cinológicos.

9.3.1.8.8 Unidad de Subsuelo y Protección Ambiental

Dentro de la Unidad de Subsuelo en 1997 se creó la Unidad NBQ del CNP, que posteriormente ha sido adscrita a Unidad Central de TEDAX. La utilización del subsuelo por los delincuentes añade problemas a la actividad policial de superficie.

Estas Unidades colaboran activamente en la prevención e investigación de acciones delictivas de diversa índole. La primera Unidad de Subsuelo, se creó en 1958. Sometidos a aislamiento, permanecen en lugares cerrados en grandes redes subterráneas de alcantarillado, con malos olores, mordeduras, o caídas; realizan vigilancia, inspección e investigación en el interior de galerías subterráneas.

En el subsuelo se encuentran estructuras de extraordinaria importancia para los servicios esenciales de la comunidad, son espacios confinados, susceptibles de ser utilizados por delincuentes. Entre las instalaciones destacan:

- Galerías de servicios, infraestructuras que recorren el suelo de las ciudades y que albergan en su interior tendidos de conducciones eléctricas, de telecomunicaciones, de agua potable, etc.
- Red de alcantarillado constituida por colectores, a veces transitables donde se recogen las aguas fecales de las ciudades, así como las pluviales hasta su desagüe en las Estaciones regeneradoras de aguas residuales.
- Instalaciones eléctricas, de gas y telecomunicaciones.
- Túneles ferroviarios y de Metro.

Entre sus funciones: Colaborar con diversas instituciones, elaborar estudios y planes integrales de seguridad de edificios oficiales, públicos singulares o particulares de especial interés policial, en un papel de seguridad de primer orden.

Colaboran con diversas instituciones, elaboran estudios y planes integrales de seguridad de edificios oficiales, públicos singulares o particulares

de especial interés policial. Papel de seguridad de primer orden, colaborando en la prevención e investigación de acciones delictivas de diversa índole.

Desde 2002 se desarrollan a nivel central y territorial labores de protección ambiental para detección y control de vertidos en las redes de saneamiento. Por Orden INT/28/2013, están unidas Subsuelo y Protección ambiental).

9.3.1.8.9 Brigada Móvil-Policía en el Transporte

Desde el inicio de su actividad en el ferrocarril, durante el año 1924, la Brigada Móvil Policía en el Transporte del CNP, ha ido extendiendo su actividad a todos los medios de transporte de viajeros. La Policía en el transporte se organiza en trece unidades periféricas denominadas Sectores Móviles coordinadas a través de la Unidad Central y está presente en Aeropuertos, Trenes, Barcos, Estaciones de Autobús. Es una Unidad especializada con el objetivo de: prevenir delitos, proteger al viajero, control de la utilización de medios de transporte por delincuencia organizada, tráfico de seres humanos, estupefacientes, vehículos. Tiene Grupo de Análisis y Grupos Operativos en distintas provincias. Presente en Aeropuertos, Trenes, Barcos, Estación de Autobuses. Cuenta con el apoyo de la Unidad de Guías Caninos y con las Unidades de Prevención y Reacción

9.3.1.8.10 Unidades de Prevención y Reacción (UPR)

La Unidad de Prevención y Reacción se llama “Bronce” en Madrid, y ha sido reorganizada en el año 2012, uniendo a las tres secciones que se denominaron “Centauros”, “Zodiacos” y “Alazanes”, Unidades, creadas en 2008 destinadas a la prevención, mantenimiento y, en su caso, restablecimiento del orden y seguridad ciudadana. El objetivo es potenciar la capacidad operativa de las Brigadas de Seguridad Ciudadana que por su problemática lo requieran, para afrontar, con garantías de éxito los servicios y actividades policiales que precisan la implicación de Unidades convenientemente adiestradas, adecuadamente estructuradas y dotadas de los medios necesarios. Funciones: Dispositivos especiales de prevención de la delincuencia, Mantenimiento del orden público y la seguridad ciudadana, Apoyo a otras Unidades, Servicios o

Instituciones, en dispositivos puntuales, reacción e intervención ante cualquier situación que requiera una actuación inmediata. (2200 agentes).

E) Dependiente de la División de Coordinación Económica y Técnica

9.3.1.8.11 Medios Aéreos

La misión principal es dar apoyo operativo al resto de las unidades y servicios del CNP y participar en misiones humanitarias y de auxilio a los ciudadanos: asistencia (localización, rescate y evacuación de heridos y enfermos, transporte de ayuda y equipo en caso de catástrofes. Los medios humanos son: Pilotos, Técnicos de mantenimiento y Operadores de Sistemas. Los medios materiales: Helicópteros y Aviones. Los funcionarios, pilotan helicópteros y proporcionan apoyo en diversas misiones policiales, actividades de prevención e investigación en misiones de seguridad ciudadana, vigilancia y seguimiento.

F) Dependientes de la Comisaría General de Extranjería y Fronteras:

9.3.1.8.12 Unidad Redes de Inmigración/ Falsedades Documentales (UCRIF)

La UCRIF Central se encarga de la investigación de actividades delictivas de ámbito nacional y transnacional. La inmigración irregular y las falsedades documentales.

9.3.1.8.13 Brigada de Respuesta a la Inmigración Clandestina (BRIC)

Especializada en la lucha contra la inmigración clandestina y el control de fronteras, reforzando, en momentos concretos a las unidades territoriales y muy especialmente a los Puestos fronterizos, ante situaciones de gran demanda de los servicios de transporte aéreo, marítimo y terrestre.

9.3.1.9 Funcionarios CNP por edad, sexo y categoría, años 2004 a 2009

Distribución de funcionarios del CNP de: 2004 a **2009**, (datos extraídos del Fichero SIGESPOL)

1. Número de funcionarios por grupos de edad y sexo:

Año 2004

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|--------|-------|--------|
| <31 | 5.364 | 921 | 6.285 |
| 31-40 | 8.967 | 1.551 | 10.518 |
| 41-50 | 16.606 | 296 | 16.902 |
| >50 | 14.102 | 39 | 14.141 |
| Total | 45.039 | 2.807 | 47.846 |

Año 2005

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|--------|-------|--------|
| <31 | 6.461 | 1.007 | 7.468 |
| 31-40 | 9.913 | 1.752 | 11.665 |
| 41-50 | 14.817 | 326 | 15.179 |
| >50 | 14.991 | 47 | 15.038 |
| Total | 46.182 | 3.168 | 49.350 |

Año 2006

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|--------|-------|--------|
| <31 | 8.110 | 1.166 | 9.276 |
| 31-40 | 11.211 | 2.027 | 13.238 |
| 41-50 | 13.398 | 431 | 13.829 |
| >50 | 15.098 | 57 | 15.155 |
| Total | 47.817 | 3.681 | 51.498 |

Año 2007

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <31 | 9.453 | 1.338 | 10.791 |
| 31-40 | 12.656 | 2.319 | 14.975 |
| 41-50 | 11.886 | 515 | 12.401 |
| >50 | 15.463 | 65 | 15.528 |
| Total | 49.458 | 4.237 | 53.695 |

Año 2008

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <31 | 10.323 | 1.382 | 11.705 |
| 31-40 | 14.295 | 2.595 | 16.890 |
| 41-50 | 10.376 | 602 | 10.978 |
| >50 | 13.924 | 74 | 13.998 |
| Total | 48.918 | 4.653 | 53.571 |

Año 2009

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <31 | 12.170 | 1.604 | 13.774 |
| 31-40 | 16.524 | 2.958 | 19.482 |
| 41-50 | 9.080 | 9.814 | 9.814 |
| >50 | 16.157 | 98 | 16.255 |
| Total | 53.931 | 5.394 | 59.325 |

2. Número de funcionarios por sexo y categoría:

Año 2004

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|
| Comisario Principal | 64 | 0 | 64 |
| Comisario | 388 | 1 | 389 |
| Inspector Jefe | 2.701 | 18 | 2.719 |
| Inspector | 3.179 | 372 | 3.551 |
| Facultativo | 154 | 31 | 185 |
| Subinspector | 4.133 | 193 | 4.326 |
| Técnico | 121 | 41 | 162 |
| Oficial de Policía | 4.022 | 282 | 4.394 |
| Policía | 30.280 | 1.869 | 32.149 |
| Total | 45.042 | 2.807 | 47.849 |

Año 2005

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|
| Comisario Principal | 46 | 0 | 46 |
| Comisario | 402 | 1 | 403 |
| Inspector Jefe | 2.478 | 18 | 2.496 |
| Inspector | 3.500 | 421 | 3.021 |
| Facultativo | 143 | 31 | 174 |
| Subinspector | 3.887 | 192 | 4.079 |
| Técnico | 119 | 40 | 158 |
| Oficial de Policía | 4.754 | 404 | 5.158 |
| Policía | 30.852 | 2.061 | 32.913 |
| Total | 46.180 | 3.168 | 49.348 |

Año 2006

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|
| Comisario Principal | 70 | 0 | 70 |
| Comisario | 381 | 5 | 386 |
| Inspector Jefe | 2.386 | 16 | 2.402 |
| Inspector | 3.618 | 452 | 4.070 |
| Facultativo | 142 | 32 | 174 |
| Subinspector | 3.928 | 232 | 4.160 |
| Técnico | 111 | 40 | 151 |
| Oficial de Policía | 4.654 | 430 | 5.084 |
| Policía | 32.526 | 2474 | 35.000 |
| Total | 47.816 | 3.681 | 51.497 |

Año 2007

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|
| Comisario Principal | 90 | 0 | 90 |
| Comisario | 377 | 8 | 385 |
| Inspector Jefe | 2.423 | 23 | 2.446 |
| Inspector | 3.561 | 466 | 4.027 |
| Facultativo | 139 | 32 | 171 |
| Subinspector | 4.139 | 267 | 4.406 |
| Técnico | 102 | 40 | 142 |
| Oficial de Policía | 4.937 | 499 | 5.436 |
| Policía | 33.687 | 2.902 | 36.589 |
| Total | 49.455 | 4.237 | 53.692 |

Año 2008

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|
| Comisario Principal | 98 | 0 | 98 |
| Comisario | 343 | 8 | 351 |
| Inspector Jefe | 2.293 | 31 | 2.324 |
| Inspector | 3.422 | 476 | 3.898 |
| Facultativo | 125 | 30 | 155 |
| Subinspector | 4.255 | 299 | 4.554 |
| Técnico | 97 | 35 | 132 |
| Oficial de Policía | 5.152 | 554 | 5.706 |
| Policía | 34.391 | 3.221 | 37.612 |
| Total | 50.176 | 4.654 | 54.830 |

Año 2009

| Edad | Hombre | Mujer | Total |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|
| Comisario Principal | 134 | 0 | 134 |
| Comisario | 341 | 9 | 350 |
| Inspector Jefe | 2.449 | 50 | 2.499 |
| Inspector | 3.417 | 485 | 3.902 |
| Facultativo | 124 | 32 | 156 |
| Subinspector | 4.526 | 346 | 4.872 |
| Técnico | 91 | 39 | 130 |
| Oficial de Policía | 5.512 | 614 | 6.126 |
| Policía | 37.226 | 3.819 | 41.155 |
| Total | 53.930 | 5.384 | 59.434 |

9.3.1.10 La mujer en la Policía

En España la mujer se incorporó a la vida policial poco después de 1936, pero en cargos de vigilancia y control de las personas de su mismo sexo, no se les proporcionaba pistola ni insignias y generalmente eran asignadas a las llamadas “actividades de escritorio”. La Policía Nacional, fue pionera en la incorporación de mujeres en plano de igualdad y concretamente el 30 de junio de 1979, juraron el cargo, las primeras 42 Inspectoras (hoy Escala Ejecutiva) en el extinto Cuerpo Superior de Policía.

Seis años más tarde, en junio de 1985, poco antes de la Unificación accedían 53 mujeres a la Escala Básica. En 1989 había 302. En el año 2007 se creó el Observatorio de la Mujer, órgano colegiado que pretendía un conocimiento real de la situación de las mujeres tanto en la Policía como en la Guardia Civil.

En 2009 se cambió la denominación oficial de las categorías y plazas en los carnés profesionales y documentos administrativos de las funcionarias policiales.

Aunque en 2010, la mujer en el CNP era del 11%, en el año en curso, la Policía Nacional es uno de los Cuerpos estatales con mayor presencia de mujeres en Europa, prestan servicio 8791, en distintas escalas y categorías, que es el 13% de la plantilla. Cuenta con una Comisaria Principal y 10 Comisarias. Las funcionarias, se han ido incorporando a Unidades especiales: Guías caninos, Unidades de protección, Helicópteros, Subsuelo, Brigada Móvil, Caballería, UIP (de los más de 2600 miembros, 52 son mujeres (2%) de la especialidad). Y además, tradicionalmente, han prestado servicios en el SAF (Servicio de Atención a la Familia) y el GRUME (Grupo de Menores).

9.4 Segunda actividad

Creada para el personal del Cuerpo Nacional de Policía por R.D. 230/82, de 1 de febrero, habiendo sufrido la normativa que lo regulaba diversas modificaciones. Es la Segunda actividad, una situación similar a la de la Reserva activa de los miembros del Ejército, en la que el funcionario permanece alejado de toda actividad policial, y vinculado administrativamente a la DGP por cumplir la edad reglamentaria. Sus modalidades: a/ sin destino, sin puesto de trabajo, pero mantiene relación funcionarial con la DGP, con pérdida de complementos retributivos, y b/ con destino en el que el servicio es no operativo pero puede realizar funciones instrumentales de gestión, asesoramiento y apoyo a la actividad policial los funcionarios de este Cuerpo que pasen a dicha situación podrán desempeñar funciones instrumentales de gestión, asesoramiento y apoyo de la actividad policial, de acuerdo con su capacidad, formación, conocimientos, experiencia y las aptitudes necesarias que para cada específica función se deban acreditar, así como de la Escala de pertenencia. No es exclusiva del CNP, ya que algunas Policías Autonómicas y Locales la han adoptado.

Se puede llegar a esta situación por: a) edad reglamentaria determinado por la legislación vigente, aunque puede solicitar un puesto en esta situación, b) a petición propia antes de cumplir la edad reglamentaria, en función de la antigüedad en el Cuerpo y c) por disminución de las aptitudes psicofísicas, o profesionales para el servicio ordinario, y tras ser evaluado por el Tribunal Médico, que emitirá un dictamen de la incapacidad parcial insuficiencia física o psíquica para la función policial, será elevado para su resolución al Ministro del Interior.

Y es que por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas pasarán a la situación de segunda actividad, los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía que, antes de cumplir las edades determinadas tengan disminuidas de forma apreciable las aptitudes físicas o psíquicas necesarias para el ejercicio de sus funciones, previo procedimiento, de oficio o a solicitud de persona interesada, siempre que la intensidad de la referida disminución no sea causa de jubilación.

Cuando la causa del pase a la situación de segunda actividad hubiese sido la falta de aptitudes psicofísicas se podrá volver al servicio activo, a

petición del interesado, si no hubiese alcanzado la edad prevista cuando el Tribunal Médico aprecie la suficiencia de las aptitudes psicofísicas.

El Artículo 68 de esta LO 9/2015, trata del: Pase a segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas.

1. Pasarán a la situación de segunda actividad los funcionarios que presenten una insuficiencia de las aptitudes psicofísicas para el desempeño de los cometidos atribuidos a la Policía Nacional, manifestada por una disminución apreciable de las mismas evaluada por un tribunal médico, en los términos que se establezca reglamentariamente, previa instrucción del oportuno procedimiento, de oficio o a solicitud del interesado, y siempre que la intensidad de la referida insuficiencia no sea causa de jubilación.

2. Los Policías Nacionales que pasen a la situación de segunda actividad por esta causa podrán solicitar la revisión de sus condiciones psicofísicas por un tribunal médico durante el tiempo que permanezcan en esa situación, en la forma prevista reglamentariamente. Del mismo modo, dichas condiciones podrán ser objeto de revisión, a instancias de la administración, en las circunstancias que reglamentariamente se determinen.

9.5 Catálogo de Puestos de Trabajo del CNP

En la DGP, División de Personal, Unidad de Gestión del Personal Policial, está ubicada: Área de Gestión del Catálogo de puestos de trabajo del CNP.

Tras un provisional Catálogo aprobado en diciembre de 2007, se dice en el art. 45 de la LO 9/2015, que:

1. Los puestos de trabajo cuyo desempeño corresponda a los Policías Nacionales estarán relacionados en un catálogo, instrumento técnico de la ordenación del personal de acuerdo con las necesidades de los servicios.

2. El catálogo de puestos de trabajo será público, con excepción de aquellos puestos cuyas funciones sean de especial confidencialidad.

3. El catálogo reflejará la distribución de los puestos de trabajo por plantillas y deberá incluir necesariamente la denominación de los puestos, la localidad en la que se encuentran radicados, número, nivel de complemento de destino, complemento específico, escala, categoría o subgrupo de clasificación

para el que estén reservados y, en su caso, si su adscripción es indistinta, así como la forma de provisión.

4. La distribución de los puestos de trabajo en el catálogo se hará conforme al principio de jerarquía sin que, en ningún caso, un Policía Nacional pueda estar subordinado a otro de categoría inferior por razón del puesto de trabajo que ocupe o al que esté adscrito.

9.6 La profesión policial y los policías. ¿Población de riesgo?

Una cuestión importante relacionada con la función policial es, cómo se relacionan las competencias de estos profesionales con la ejecución o el desempeño. Un alto nivel de competencia, es un prerequisite para la buena realización de las tareas encomendadas, pero no garantiza en absoluto la adecuada ejecución, ya que hay factores personales como son, entre otros, la motivación, y factores situacionales como el apoyo social o los recursos, que influyen en cómo actúan los funcionarios. Para Roe, 2002, (140) el desempeño sería “una capacidad aprendida para realizar adecuadamente una tarea, funciones o rol” (Arquitectura del modelo de competencia).

La competencia profesional incluye la competencia técnica (saber, tener conocimientos especializados en el ámbito profesional específico para dominar las tareas y contenidos de su actividad y por consiguiente de sus funciones en su trabajo), metodológica (saber hacer, saber aplicar conocimientos y procedimientos incluso a situaciones inesperadas), participativa (saber estar, estando predispuesto activamente a cambios, relaciones profesionales con jefes y compañeros) y personal (saber ser, asumiendo responsabilidades personales y laborales con una imagen realista de uno mismo).

El colectivo policial tiene peculiaridades en las funciones que realiza y también de los medios que ha de utilizar para llevarlas a cabo. Su trabajo, sus actuaciones, la función desempeñada puede considerarse de riesgo.

Hay aspectos que están ligados a la práctica profesional en sí: el peligro (real, temido, fantaseado, o utilizado), pero también hay otros como la frustración, que es un riesgo psicológico muy importante en lo profesional, cuando se produce una distorsión entre las expectativas y la realidad del trabajo policial, en lo personal y familiar, en la estima social, en el aislamiento social (cuando alguno necesita ocultar su identidad)... produciendo todo ello una gran tensión emocional acumulada sujeta al cumplimiento de una normativa determinada y específica confluendo en el trabajo variables que operan a veces de forma contradictoria.

Es importante pues la vigilancia del riesgo no olvidando incidencias, problemas menores, y, potenciar la estrecha colaboración entre los mandos y el Servicio Sanitario.

La estructura jerarquizada, su particular régimen estatutario, la idiosincrasia de su función, la trascendencia que la misma tiene respecto a los ciudadanos y la gran variedad de tareas que realiza, con muy distintos puestos de trabajo y, por tanto con muy distintos riesgos, hacen enormemente compleja la prevención de los mismos en el ámbito de sus competencias. Tanto es así, que la propia Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, promulgada con objeto de determinar las garantías y responsabilidades precisas para promover la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, tanto en el ámbito de las relaciones laborales reguladas por el Estatuto de los Trabajadores como en las de carácter administrativo o estatutario del personal civil al servicio de las Administraciones Públicas, establece en el Artículo 3.2., que esa Ley excluye de su aplicación aquellas actividades cuyas particularidades lo impidan en el ámbito de las funciones públicas (entre otras) de la policía.

Por su parte la Directiva del Consejo 89/391/CEE, de 12 de junio de 1.989, relativa a la promoción de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (de la que es transposición al Derecho Español la Ley 31/1995), en el Artículo 2.2, establece: “La presente Directiva no será de aplicación cuando se opongan a ella de manera concluyente las particularidades inherentes a determinadas actividades específicas de la función pública, por ejemplo, en las fuerzas armadas o la policía.”

Así pues se ha desarrollado una determinada normativa de prevención de riesgos laborales aplicable a colectivos específicos dentro de la Administración General del Estado, tales como el RD 2/2006, de 16 de enero, aplicable al Cuerpo Nacional de Policía, que ha de ser contemplado en un planteamiento general coordinado.

9.7 Preparación mental para las intervenciones policiales.

El desarrollo del trabajo del policía (de riesgo, conflictivo, actuaciones en situaciones críticas y peligrosas...) está fuertemente vinculado con el estrés. Por ello debe estar preparado para enfrentar con éxito cualquier tipo de situación en las intervenciones que tenga que realizar: preparación física y psicológica, preparación en las más sofisticadas técnicas de intervención, control mental ante situaciones estresantes, adecuados estilos de afrontamiento, sabiendo actuar según los principios de congruencia, oportunidad y proporcionalidad. Estos funcionarios con poder instrumental para hacer cumplir la ley y que en casos determinados conlleva incluso el uso de armas de fuego, tiene que llevar a cabo su trabajo en un marco social y legal complejo, por lo que incluso policías experimentados, pueden sentirse vulnerables y con indefensión en situaciones alto riesgo.

En el Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, 9 de febrero de 2010, Serie D Núm. 333, pp. 6-7) en una Proposición no de Ley se dice: "Diferentes estudios en el ámbito universitario en Catalunya y por el Centro de Investigación Thomas Becket han destacado diferentes aspectos de la salud laboral (riesgos físicos y psíquicos), peligrosidad... etc., del trabajo policial... "Actualmente la Universidad Carlos III de Madrid está realizando una investigación en la misma dirección en la que también colabora el Sindicato de Policía de Catalunya. De estos estudios se desprende que los efectos de trabajo policial sobre la salud de los agentes y su incidencia en la carrera profesional son un hecho innegable...".

El trabajo policial es un conjunto de roles: brazo coercitivo de la Administración (uso de la fuerza, carácter sancionador), funcionario público que responde a las demandas de las personas, agente social encargado de resolver problemas, consejero de personas, y también y no sólo por las relaciones del funcionario con superiores, subordinados y compañeros, sino con otras personas de la comunidad, autoridades, y Administración.

El policía tiene una importante carga mental debido a la complejidad de su trabajo que se realiza en diversos lugares, espacios abiertos, dependencias policiales, organismos públicos, u otros, y además, lleva a cabo tareas de comunicación, atención al público, toma de decisiones con apremio... asume riesgos, unos provenientes del ámbito laboral y otros dependientes de las herramientas que usa en su trabajo: vehículos, materiales explosivos, pantallas

de visualización, armas de fuego... está expuesto a tóxicos, enfermedades contagiosas, sobrecarga de trabajo, turnos... accidentes... Muchas veces se suma a todo ello la vivencia de desarraigo, la tensión en la realización de su labor policial, la necesidad de sustentar una imagen policial idónea tanto en el trabajo como fuera de él, sentimientos de falta de aceptación por la sociedad, vivencia de alto grado de exigencia profesional y personal en comparación con su retribución económica.

Una situación importante a la que los policías tienen que hacer frente al igual que otros profesionales, es cuando son requeridos por un intento de suicidio, amenazas de suicidio... Utilizan protocolos de actuación pero trabajan en situaciones de crisis que exigen intervenciones inmediatas y eficaces, teniendo que ser muchas veces mediadores en primera línea y con control de acceso a los medios letales. Una situación difícil es cuando una persona amenaza para provocar que los policías disparen para protegerse a ellos mismos o a terceros, a esto se le ha llamado suicidio asistido por la policía o suicidio mediante la policía, por lo que ellos tienen que ser capaces de identificar las señales de la conducta de esa persona.

Puelles, dice que hay que diferenciar la exigencia emocional cuando el Policía es receptor (violencia, amenazas, atentados terroristas...), o cuando es testigo de la amenaza o el daño que recibe otra persona (presencial: levantamiento de cadáveres, rehenes... o no presencial: por soportes audiovisuales toma de declaración a víctimas, investigación informática de pornografía infantil...). (128).

El estrés forma parte del mundo y de las vivencias del policía, que desarrolla su labor en un entorno conflictivo en el límite de la marginalidad y la criminalidad...y cómo le afecta el estrés no sólo depende del individuo, sino también de la misión que le es encomendada. Es probable que no realice ningún disparo en toda su vida profesional, pero debe estar dispuesto y ser capaz de efectuarlo cada día, sin saber ni cuándo, ni dónde, ni cómo... y las posibles consecuencias legales, morales y éticas de un disparo errado... al significar un compañero, un civil o un rehén muerto.

El trabajo policial es considerado una ocupación dura, de esfuerzo, de gran responsabilidad, ya que si hay errores las consecuencias pueden ser vitales... La naturaleza de cada trabajo exige una mayor o menor cantidad de recursos. Unas tareas exigen prisa, rapidez, inmediatez, otras exigen precisión,

exactitud, otras un gran esfuerzo físico, o un gran esfuerzo mental, por ello el policía a quien le está encomendada la seguridad y la protección de las personas, de sus derechos y libertades, debe gozar de buen estado de salud física y mental, habilidad para manejar el estrés y responder adecuada y satisfactoriamente a momentos dificultosos, hacerlos frente y superarlos en una forma positiva.

9.7.1 Conducción de vehículos y tenencia de armas

Vehículos

En España la evaluación de la aptitud para conducir es obligatoria para todos los conductores incluidos los policías, los que además para conducir los vehículos oficiales, precisan estar en posesión de un carné especial. Hay enfermedades que incapacitan para renovar el carné de conducir, las limitaciones se especifican en el RD 818/2009 de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores, y en sus apartados se especifican las enfermedades, trastornos o deficiencias que impiden la prórroga del permiso de conducción.

Personas con trastorno mental y en tratamiento psicofarmacológico, o las que abusan de sustancias o quienes tienen insomnio, hipersomnia, alteración de la atención y concentración, con ideación suicida, inestabilidad emocional, impulsividad... en ellas se altera la capacidad de conducir de forma segura, multiplicándose el riesgo de sufrir accidentes de tráfico.

La Agencia Española de Protección de Datos en el Informe 0438/2012 del Gabinete Jurídico, responde a una pregunta de “si resulta conforme a lo establecido en la LO 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal, la comunicación a la Jefatura Provincial de Tráfico, de los datos relativos a aquellas personas a las que se ha declarado una situación de incapacidad pero mantienen su permiso de conducir, cuando existan limitaciones físicas o psicológicas que impidan la conducción de vehículos de motor”. Concluye que “a falta de una norma con rango de ley que ampare la comunicación de datos objeto de consulta solamente sería conforme a lo establecido en la LO 15/1999 dicha cesión de datos en caso de que haya obtenido el consentimiento expreso del interesado”.

Armas

Para alcanzar las funciones que la sociedad les demanda, la Policía va dotada de unos medios personales de defensa entre los que destaca por sus especiales características el arma reglamentaria, inherente a la esencia misma de su profesión, y para la que siempre deberán estar aptos psicofísicamente.

¿Hay una normativa clara en lo referente a las condiciones psicofísicas que debe reunir la persona portadora de un arma? Dada la responsabilidad que implica portar un arma de fuego y el garantizar la seguridad propia y la de terceros, es muy importante tener en cuenta qué causas médicas (físicas y mentales), son de exclusión temporal y cuáles de exclusión definitiva para el uso del arma reglamentaria en concreto en los funcionarios policiales.

Hay determinadas situaciones que aconsejan la retirada cautelar de armas con carácter urgente. No sólo trastornos mentales o del comportamiento, también otras enfermedades (aparato locomotor, neurológicas, oftalmológicas...) harían necesario la retirada cautelar del arma reglamentaria.

Un caso de especial relevancia lo constituye el padecimiento, de trastornos de carácter psíquico o conductas alteradas por el titular de las armas, que haga presumir la existencia de riesgos propios o ajenos derivados de la tenencia de aquellas. Con carácter general el reglamento de armas exige a los titulares de las licencias o autorizaciones correspondientes, unas perfectas condiciones psíquicas y físicas para evitar dichos riesgos, debiendo delimitarse con claridad los aspectos psíquicos que interaccionan en el binomio hombre-arma en todos los ámbitos y por supuesto en el de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por las competencias que la Ley 2/1986, les atribuye y porque a lo largo de su vida profesional es portador de un arma de fuego en su servicio a la sociedad, de ahí la necesidad de acreditar la aptitud psicofísica para portar y usar armas.

En el uso, en el buen uso de las armas, se unen comportamientos y acciones motoras y mentales. Además de los conocimientos específicos y técnicos que conlleva el uso de armas de fuego, es necesario inteligencia, estabilidad emocional, adecuada gestión y control de las emociones y de la impulsividad en situaciones concretas de tensión, peligro, o amenaza para el funcionario o para terceros, todo ello con una importante carga emocional, y hay que evitar consecuencias irreparables, por imprudencia o temeridad. El uso

de armas de fuego se considera una medida extrema, en la que el funcionario tiene que actuar con rapidez y decisión, pero con cuidado y prudencia.

Es muy numerosa la normativa sobre armas y explosivos y así en 1873, armas y explosivos, cuestión relevante para el mantenimiento del orden público y la seguridad de las personas era atribuida a los Gobernadores Civiles.

Legislación más reciente de aplicación al CNP:

- Resolución 690, Consejo de Europa de 8 de mayo de 1979, Resolución de la Asamblea Parlamentaria de 8 de mayo de 1979 y a la que se da cumplimiento en España por las instrucciones dictadas en abril de 1983 por la Dirección General de la Seguridad del Estado, sobre utilización de armas de fuego por los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Declaración sobre la Policía. En el Anexo de la Declaración Apartado a) núm. 13 dice: “Es necesario dar a los funcionarios de policía instrucciones claras y precisas sobre la manera y las circunstancias en las cuales deben hacer uso de las armas”.
- Resolución 169/34 de 1979: Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1979. En el artículo tres se establece que “los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley podrían usar la fuerza sólo cuando sea estrictamente necesario y en la medida que lo requiera el desempeño de sus tareas”.
- Orden del Ministerio del Interior de 30 de septiembre de 1981. Figuran los principios básicos de actuación de los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Con objeto de que la Policía haga compatible el ejercicio de su función de proteger los derechos y libertades con la garantía de la seguridad ciudadana, indica las reglas a las que se atenderán en el uso de sus armas.
- Instrucción de 14 de abril de 1983 de la Dirección General de la Seguridad del Estado sobre utilización de armas de fuego por miembros de los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado. Esta Instrucción posiblemente fue redactada en circunstancias excepcionales, no consta si procede del Gabinete de Coordinación y Planificación de la Dirección General de Seguridad del Estado o de la propia Dirección General, no consta tampoco quien la firma ni su publicación en el BOE; no tendría pues efectos jurídicos, y sería una especie de Circular o una instrucción o normativa jerárquica. En ella precisa un procedimiento en el uso y dice que

los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, se atenderán en el uso de sus armas de fuego a las siguientes reglas:

- Los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado pueden utilizar sus armas de fuego ante una agresión ilegítima que se lleve a cabo contra el Agente de la Autoridad o terceras personas, siempre que concurren las siguientes circunstancias.
- Que la agresión sea de tal intensidad y violencia que ponga en peligro la vida o integridad de la persona o personas atacadas.
- Que el Agente de la Autoridad considere necesario el uso del arma de fuego para impedir o repeler la agresión, en cuanto racionalmente no puedan ser utilizados otros medios, es decir, debe haber la debida adecuación y proporcionalidad entre el medio empleado por el agresor y el utilizado por la defensa.
- El uso del arma de fuego ha de ir precedido, si las circunstancias concurrentes lo permiten, de conminaciones dirigidas al agresor para que abandone su actitud y de la advertencia de que se halla ante un Agente de la Autoridad, cuando este carácter fuera desconocido por el atacante.
- Si el agresor continúa o incrementa su actitud atacante, a pesar de las conminaciones, se debe efectuar por este orden, disparos al aire y al suelo, para que deponga su actitud. (Se entiende que no es de aplicación si las circunstancias concurrentes no lo permiten).
- 1.5 .En última instancia, ante el fracaso de los medios anteriores, o bien cuando por la rapidez, violencia y riesgo que entrañe la agresión no haya sido posible su empleo, se debe disparar sobre partes no vitales del cuerpo del agresor, atendiendo siempre al principio de que el uso del arma cause la menor lesividad posible (Así mismo se sobreentiende que tampoco es aplicable si las circunstancias concurrentes no lo permiten).
- Sólo en supuestos de delito grave los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado ante la fuga de un presunto delincuente que huye, deben utilizar su arma de fuego en la forma siguiente:
- Disparando únicamente al aire, o al suelo, con objeto exclusivamente intimidatorio, previas las conminaciones y advertencias de que se entregue a la Policía o Guardia Civil para lograr la detención, teniendo, previamente, la certeza de que con tales disparos, por el lugar en que se realicen, no pueda lesionarse

a otras personas y siempre que se entienda que la detención no puede lograrse de otro modo.

- Disparando en última instancia, a partes no vitales del cuerpo del presunto delincuente siempre que concurran todas y cada una de las circunstancias anteriores, cuando le conste al Agente de la Autoridad, además de aquellas, la extrema peligrosidad del que huye por hallarse provisto de algún arma de fuego, explosivos, o arma blanca susceptible de causar grave daño, siempre teniendo en cuenta el lema de la menor lesividad posible y el de que es preferible no detener a un delincuente que lesionar a un inocente.
- Si se duda de la gravedad del delito, o no es clara la identidad del delincuente, no se debe disparar.
- LOFCS 2/1986. En el Preámbulo dice: “A través de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se ejerce el monopolio por parte de las Administraciones Públicas del uso institucionalizado de la coacción jurídica, lo que hace imprescindible la utilización de armas por parte de los funcionarios de Policía”. Y también “Los funcionarios de Policía materializarán el eje de un difícil equilibrio, de pesos y contrapesos, de facultades y obligaciones, ya que deben proteger la vida y la integridad de las personas, pero vienen obligados a usar armas...”. En el Art. 5.2. d) “Solamente deberán utilizar las armas en las situaciones en que exista un riesgo racionalmente grave para la vida, integridad física, o la de terceras personas o en aquellas circunstancias que puedan suponer un grave riesgo para la seguridad ciudadana...”
- RD 1484/1987, de 4 de diciembre sobre normas generales relativas a escalas, categorías, personal facultativo y técnico, uniformes, distintivos y armamento del Cuerpo Nacional de Policía En el capítulo III, Sección tercera “Del armamento”. Art. 22 .Uno “Los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía en las situaciones de servicio activo y segunda actividad con destino, irán provistos obligatoriamente de alguna de las armas que se establezcan como reglamentarias durante el tiempo que presten servicio, salvo que una causa justificada aconseje lo contrario”. Art. 22. Tres.”Todo el personal deberá conocer de forma técnica y práctica la utilización...” Art. 23 “Al personal del Cuerpo Nacional de Policía jubilado y en la situación de segunda actividad que no ocupe destino, previa solicitud, podrá concedérsele, por el Director General de la Policía, licencia de armas tipo E, en base al documento de identidad...”
- ONU. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1990): Principios básicos sobre el empleo de la Fuerza y las Armas de Fuego por

los Funcionarios encargados de hacer cumplir la Ley. Nº 4 “Podrán utilizar la fuerza y las armas de fuego solamente cuando otros medios resulten ineficaces o no garanticen de ninguna manera el logro del resultado previsto”. Nº 5. “Cuando el empleo de las armas de fuego sea inevitable, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a) ejercerán moderación...”

- Circular núm. 59 de 11 de julio de 1990 de la DGP, sobre tenencia de armas por los funcionarios del CNP.
- Naciones Unidas Derechos Humanos. Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley. Aprobadas por el 8º Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en La Habana (Cuba) del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990. En el punto 18 expone que: “Los gobiernos y los organismos encargados de hacer cumplir la ley procurarán que todos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley sean seleccionados mediante procedimientos adecuados, posean actitudes éticas, psicológicas y físicas apropiadas para el ejercicio eficaz de sus funciones y reciban capacitación profesional continua y completa. Tales aptitudes para el ejercicio de esas funciones serán objeto de examen periódico”.
- Escrito del Jefe del Servicio Sanitario, y del Jefe de Salud Mental de la DGP de 26 de febrero de 1991 relativo a retirada de armas dirigido a las URS considera la conveniencia de la retirada el arma reglamentaria (y otras que hubiera en su caso) a todos los funcionarios que estén de baja por causa psíquica.
- Circular 7/1991 de 7 de noviembre de 1991, del Jefe del Servicio Sanitario de la DGP con normas de actuación interna; “...se hace necesario que cada Unidad Sanitaria valore los riesgos que pueda suponer para el individuo o para la colectividad el empleo de armas reglamentarias, en aquellos casos de bajas de funcionarios motivadas por alteraciones psíquicas, cada Unidad Sanitaria Periférica informará de tales extremos a los jefes responsables del funcionario en cuestión”.
- Por el RD 137/1993, de 29 de enero se aprueba el Reglamento de Armas.
- El carnet profesional de los Funcionarios del CNP en servicio activo se considera como licencia de armas. El texto reglamentario es el artículo 114.1 del referido Reglamento de armas dice “Al personal que a continuación se indica, siempre que se encuentre en servicio activo o disponible le será considerada como licencia A su tarjeta de identidad

militar o carné profesional y así en 114.1. c) “Los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía” Y el Artículo 117.6 dice: “Al personal del Cuerpo Nacional de Policía en las situaciones de servicios especiales, de excedencia forzosa o de segunda actividad podrá concederle el Director General de la Policía o autoridad en quien delegue, licencia de armas, con la misma validez, prorrogabilidad y procedimiento de los apartados anteriores, autorizando a tal efecto el documento de identidad que posea.

- Circular 11 de 27 de abril de 1994 del Jefe del Servicio Sanitario de la DGP, con referencia a las armas.
- RD 1556/1995, de 21 de septiembre, Artículo 3.2 “Al pasar a la situación de segunda actividad sin destino, los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía podrán continuar en la tenencia y uso del arma reglamentaria, previa concesión por el Director General de la Policía de la correspondiente licencia de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 117.6 del vigente Reglamento de armas... No obstante el Director General de la Policía podrá acordar en cualquier momento la retirada de las armas... “a aquellos funcionarios para los que por sus condiciones psíquicas o físicas la posesión y uso de armas represente un riesgo propio o ajeno”.
- Recomendación 10/2001 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre el Código Europeo de Ética de la Policía (Adoptado por el Comité de Ministros el 19 de septiembre de 2001 en la 765ª Reunión de los Delegados de los Ministros). En la definición del campo de aplicación: “Este Código se aplica a las fuerzas o servicios de policía públicos tradicionales o a otros órganos autorizados y/o controlados por los poderes públicos cuyo primer objetivo consiste en garantizar el mantenimiento del orden en la sociedad civil, y que están autorizados por el Estado a utilizar la fuerza y/o poderes especiales para alcanzar este objetivo”.
- Orden INT/985/2005, de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones a Subdirectores Generales y titulares de otros órganos dependientes de la DGP, y confiere al Jefe de la División de Personal el ejercicio de atribuciones en el punto Decimocuarto 3.1.8., sobre armas de los funcionarios del CNP, “también ejercerá la facultad de acordar la retirada cautelar de las armas por motivos psíquicos al personal mencionado anteriormente”.
- LO 9/2015, de 28 de julio. Art. 24. Armamento. 1. Los Policías Nacionales irán provistos, durante el tiempo que presten servicio, de alguna de las armas reglamentarias o autorizadas expresamente para su utilización en servicios policiales, salvo que una causa justificada aconseje lo contrario en función del destino que ocupen o el servicio que desempeñen. 2. Mediante

los correspondientes procesos formativos se capacitará y se mantendrá permanentemente actualizados a los Policías Nacionales en situación de servicio activo, para que conozcan el uso adecuado de las armas y demás medios coercitivos susceptibles de ser empleados en las actuaciones policiales.

9.8 Principios básicos de actuación de los funcionarios del CNP. Códigos de Conducta

El CNP, es un Instituto Armado de naturaleza civil, cuyos componentes actúan de uniforme o sin él, en función del destino que ocupen y la actividad que desempeñen y está estructurado bajo los principios de jerarquía y subordinación. El Cuerpo está dedicado al cumplimiento del mandato constitucional de proteger el libre ejercicio y de los derechos y libertades, y garantizar la seguridad de los ciudadanos en todo el territorio nacional. Está inmerso en la administración jurídico administrativa del Estado, y destinado al desempeño de misiones específicas, servicio público de protección general de personas y bienes, “frente a cualquier ilícito ataque de que puedan ser objeto”, en un servicio permanente a la sociedad: tareas de prevención de la delincuencia, investigación de los hechos delictivos y persecución de sus autores, información, mantenimiento o restablecimiento en su caso del orden ciudadano ilícitamente alterado, misiones de Policía Judicial.

La profesión policial, entraña alta carga vocacional, implica múltiples riesgos; exige una excelente preparación y conocimientos tanto legales como técnicas de mediación, de solución de problemas, tiene que prevenir, vigilar, patrullar, detener a sospechosos, investigar, y realizar otras diversas actividades. Las exigencias éticas, relaman profesionales con una personalidad emocionalmente equilibrada y con unas actitudes de gran estima hacia lo que supone la dignidad de la persona. Sus actuaciones deben someterse a una adecuación entre los fines a conseguir y los medios a emplear.

Trabajo arduo y estresante. En el momento de tener que realizar una intervención las exigencias físicas y emocionales, pueden llegar a ser extremas. El policía precisa estar en vigilancia constante; está expuesto en el desempeño de su actividad, a la violencia, y a ser por tanto agredido con armas u otros objetos. El policía tiene que controlar multitudes en manifestaciones,

perseguir a presuntos delincuentes, infiltrarse, realizar rescates, intervenir en catástrofes, atender al ciudadano que reclama su ayuda y trabajo de tipo administrativo, Además de patrullar a pie utiliza motos, caballos, coches, helicópteros, y está expuesto también, con el consiguiente riesgo, a explosivos, productos químicos y biológicos.

Actitud, aptitud, motivación, adecuadas condiciones psicofísicas. Debe ser capaz de dar respuesta a demandas de procedimientos y cometidos profesionales, actuando de forma modélica, debe responder a situaciones de emergencia, cuando las libertades y los derechos de las personas estén en peligro... y todo ello anteponiéndolo a su propia seguridad.

La competencia laboral del policía es la capacidad efectiva para poder llevar a cabo con éxito una actividad plenamente identificada, capacidad real y demostrada, competencia junto a aptitudes, actitudes, capacidades personales, conocimientos, destrezas... para ejecutar tareas y cumplir eficazmente, en las muchas veces difíciles situaciones específicas y exigencias/demandas en circunstancias del trabajo, unas concretas, y otras cambiantes que requieren multifuncionalidad.

El policía da igual en el puesto de trabajo en el que esté o la especialidad a la que pertenezca, en algún momento de su carrera profesional va a tener que hacer uso de la fuerza. La legislación de la mayoría de los países recoge de manera muy parecida cómo debe emplear la fuerza el funcionario encargado de hacer cumplir la ley, sólo en casos estrictamente necesarios, y siempre bajo fines lícitos marcados por la ley de forma proporcional.

Un agente de policía, en cualquier actuación policial, como por ejemplo en su actuación al detener a un individuo, es de obligado cumplimiento que: tiene que utilizar la fuerza mínima indispensable (precepto legal) para evitar un daño grave, inmediato e irreparable, además ajustándose a derecho y teniendo presente los principios de “congruencia”, “proporcionalidad” y “oportunidad” (precepto legal) en la utilización de los medios a su alcance, cuando otros medios resulten ineficaces, todo ello evitando causar un mal mayor del que se pretende evitar (precepto legal), y procurando no lesionar al detenido.

Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad disponen de fines o misiones reconocidos en la propia Constitución: “bajo la dependencia del Gobierno,

tendrán como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana” (art. 104.1).

Hasta la entrada de la LOFCS, las directrices básicas estaban contenidas en “Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”, la “Declaración sobre la Policía” y la Orden de 30 de septiembre de 1.981 sobre principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (BOE núm. 236 de 2 de octubre de 1981).

“Declaración sobre la Policía” aprobada por Resolución 690 de 8 de mayo de 1979, en la 31 Sesión Ordinaria de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. La Asamblea considera que la Policía juega un papel esencial en todos los Estados miembros “que ella es frecuentemente llamada a intervenir en condiciones peligrosas para sus agentes...”. Estima deseable “que los funcionarios de Policía cuenten tanto con el apoyo moral como físico de la comunidad a la que sirven”. En el Anexo Declaración sobre la Policía, el apartado A) se refiere a Ética, y consta entre otros puntos: cumplir los deberes que le impone la Ley, protegiendo a sus conciudadanos y a la colectividad “contra las violencias, los actos depredatorios y los otros perjudiciales definidos por la Ley”. Dice que todo funcionario de Policía debe actuar “con integridad, imparcialidad y dignidad” En el ejercicio de sus funciones “debe actuar con toda la determinación necesaria, sin jamás recurrir a la fuerza más de lo razonable para cumplir la misión exigida o autorizada por la Ley”. En el apartado B) Status. 1. “Las Fuerzas de Policía constituyen un servicio público establecido por la ley y encargado del mantenimiento del orden y de la aplicación de la Ley”. En el punto 4. Se expone: “Las condiciones profesionales psicológicas y materiales en las cuales el funcionario de policía ejerce sus funciones deben preservar su integridad, su imparcialidad y su dignidad”.

“Código de Conducta para Funcionarios Encargados de hacer cumplir la Ley” Aprobado por Resolución 169/34, de 17 de diciembre de 1979, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Artículo 1. “Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley cumplirán en todo momento los deberes que les impone la ley, sirviendo a su comunidad y protegiendo a todas las personas contra actos ilegales, en consonancia con el alto grado de responsabilidad exigido por su profesión”. El Artículo 3 se refiere al uso de la fuerza “sólo cuando sea estrictamente necesario y en la medida que lo requiera el desempeño de sus tareas”.

Orden de 30 de septiembre de 1981 por la que se dispone la publicación del acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 1.981 sobre principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

LOFCS 2/1986. Los principios básicos de actuación, quedan expuestos en el Artículo quinto, en los apartados: a) Adecuación al ordenamiento jurídico, b) Relaciones con la comunidad, c) Tratamiento de detenidos, d) Dedicación profesional y e) Responsabilidad. El Art. 12. A), señala las funciones específicas y las competencias.

“Código de Ética de la Policía”.- Recomendación (2001) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Código Ético de la Policía, 19 de septiembre de 2001 en la 765ª Reunión de Delegados de los Ministros (Adoptado por el Comité de Ministros), dentro del apartado IV sobre “Organización de las estructuras de la Policía”, dedica su epígrafe B a las Cualificaciones, reclutamiento y fidelización del personal de la Policía conteniendo en sus artículos referencias a aspectos importantes de dichos procesos”.

“22.- El personal de policía, cualquiera que sea su nivel de ingreso en la profesión, debe ser reclutado sobre la base de sus competencias y experiencias personales que deben adaptarse a los objetivos de la policía.

23.- El personal de policía debe ser capaz de demostrar discernimiento, apertura de mente, madurez, un sentido de la justicia, capacidad de comunicar y, llegado el caso, aptitudes para dirigir y organizar. Debe tener además una buena comprensión de los problemas sociales, culturales y comunitarios.

24.- Las personas que han sido reconocidas culpables de infracciones graves, no deben desempeñar funciones en la policía.

25.- Los procedimientos de reclutamiento deben basarse en criterios objetivos y no discriminatorios y tener lugar tras el indispensable examen de las candidaturas. Además es conveniente aplicar una política que tenga como objetivo reclutar hombres y mujeres que representen a los diferentes componentes de la sociedad incluidos grupos minoritarios, étnicos siendo el objetivo último que el personal de la policía refleje la sociedad al servicio de la que se encuentra”.

En la última LO 9/2015, Art. 10. Código de conducta, dice:“Los Policías Nacionales desempeñarán las funciones encomendadas cumpliendo fielmente

los principios básicos de actuación contenidos en la normativa vigente de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como las líneas marcadas por la Declaración sobre la Policía contenida en la Resolución de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de 8 de mayo de 1979, y por la Resolución 169/34 de 1979, de la Asamblea General de Naciones Unidas, que contiene el Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”.

10 ESTUDIOS RELACIONADOS CON LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

10.1 Estudios en España sobre policías del CNP

El primero: “La Encuesta de Salud”. La Subdirección General del Gabinete Técnico de la Dirección General de la Policía, tratando de conocer el estado de salud e los funcionarios policiales, llevó a cabo en 1988, Muñoz, 1990 (106) un estudio de un total de 55.027 personas, resultando de un Documento interno, inicialmente confidencial. Se excluyó la Organización Central (6018 funcionarios) y las Regiones Policiales de Baleares y Canarias. El tamaño de la muestra fue finalmente de: 1792 funcionarios de todas las escalas y categorías (el 80% pertenecía a la Escala básica). Fueron entrevistados en 116 centros de diferentes ciudades y provincias. Para Muñoz, 1990, es una referencia importante cuando se realizan estudios de Salud Laboral, y más en la Policía.

Los objetivos eran, entre otros, medir el estado de salud de sus miembros, cuantificar algunos factores de riesgo sanitario como son el uso del tabaco y el consumo de alcohol y drogas, y realizar una aproximación cuantificada al estado de salud mental de los policías y de su posible asociación con factores estresantes.

A los funcionarios se les preguntó sobre: 1/ salud general: autopercepción del estado de salud, presencia de enfermedad crónica, presencia de trastornos agudos, limitaciones orgánicas (vista, oído), accidentes sufridos en los últimos años, y absentismo general; 2/ salud mental, consumo de psicofármacos 3/ utilización de servicios sanitarios; 4/ percepción de riesgos de salud asociados al puesto de trabajo; 5/ información sobre enfermedades como Sida, hepatitis; y 6/ una serie de ítems relacionados con el consumo de tabaco y alcohol. Se valoró también el nivel de arraigo (satisfacción en el destino, deseo de cambio, tiempo en el destino, número de destinos anteriores, antigüedad en el Cuerpo).

Los resultados de la Encuesta, ofrecían, los siguientes datos:

Si bien no existen diferencias significativas extrapolando los resultados a la población general, se podrían observar ciertas connotaciones a la salud mental, (factor relevante, el desarraigo que pueden tener policías destinados lejos de sus lugares de origen).

El consumo de alcohol por sus repercusiones sobre la salud y la conducta, y la patología psíquica ocupan los dos primeros lugares en la problemática sanitaria de la población. Señala no bebedores es un 5% de la muestra (20% en la población general), y que el patrón que predomina entre los encuestados es el de bebedor habitual moderado (un 44%), patrón que se caracteriza por un consumo diario y estable, pero nunca en cantidades que originen efectos biológicos o comportamentales inmediatos. Madrid según esta Encuesta de salud se encontraba entre las tres Jefaturas de Policía con mayor porcentaje de consumo de alcohol. El porcentaje de “bebedores elevados” fue del 23% (20% en la población general; y “bebedores excesivos” 17% de la muestra (7% en la población general ajustada por edad y sexo). Se encontró además que la “salud autopercebida y el consumo de alcohol, correlacionaban con la presencia de “síntomas psiquiátricos menores”.

Problemas de salud más frecuentes, expresados en las dos semanas anteriores a la entrevista: tensión nerviosa (15% de los encuestados), y otros problemas que frecuentemente se asocian a trastornos psicológicos como dolores de cabeza (22%), trastornos digestivos (21%), dificultad para dormir (13%).

El 17,4% de los encuestados manifestó tener “problemas de nervios”, en “enfermedades” expresadas, siendo el tercer padecimiento después de los “problemas de estómago” y de “ciática y lumbago”, no influyendo ni la edad ni estado civil, pero si la Escala Básica con mayor porcentaje.

Los problemas de salud mental, aunque la prevalencia global del 4,6% se puede considerar semejante a la de la población general, sin embargo, en ciertas regiones policiales, problemas psíquicos como la Depresión, y la Ansiedad, son elevados: País Vasco (30%), Oviedo (27%), Madrid (26,5 %).

Calvé, 1992, en su Tesis Doctoral (26) dice que “La profesión policial constituye uno de los grupos ocupacionales donde los factores estresantes adquieren un importante relieve”. La población objeto de estudio, el tamaño de la muestra de 1792 funcionarios de todas las escalas y categorías y los

resultados de la explotación de los datos son los que constan en la Encuesta de Salud de la DGP de 1998. Entre las conclusiones (pp. 161-165) destaca:

- “La prevalencia probable de morbilidad psiquiátrica funcional... puede considerarse semejante a la de la población general de igual sexo y edad”.
- “Las quejas expresadas en relación al padecimiento de síntomas psiquiátricos inespecíficos... y la propia autopercepción de padecer “problemas de nervios” suponen porcentajes que doblan al encontrado para la prevalencia probable de trastornos psiquiátricos. En el segundo de los casos representa un 17,4% del total de los sujetos estudiados y es superior a la que se suele encontrar en la población general de igual sexo y edad”.
- “No se observa ninguna correlación entre el nivel de estrés definido para cada uno de los grupos de Unidades funcionales y la prevalencia de trastornos psiquiátricos”.
- “Las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos, al igual que los indicadores de salud general utilizados, presentan importantes y significativas diferencias por encima de lo esperado en un primer nivel, especialmente elevado en el País Vasco, Oviedo y Madrid. En segundo término, también por encima de lo esperable, Navarra y Valladolid”.
- “El consumo de alcohol y el porcentaje de bebedores excesivos son muy superiores a los que se encuentran en la población general”. Hay importantes variaciones respecto a Regiones policiales y provincias.
- “Clara asociación entre la presencia de síntomas psiquiátricos de ansiedad y depresión y consumo de alcohol”.
- Un 75,5% de policías, tienen percepción de un alto riesgo de peligro físico asociado al ejercicio de su profesión, más elevada en la Escala Básica.
- El análisis del conjunto de las variables, “lleva a concluir cómo el desarraigo constituye el principal factor de vulnerabilidad frente a los posibles factores estresantes asociados a la profesión de policía”.

En 1992, se llevó a cabo un Proyecto titulado “El Trastorno por Estrés Postraumático en el Cuerpo Nacional de Policía”, (11) siendo el director del mismo el Prof. Dr. E. Baca Baldomero, 1992. El objetivo general era investigar la morbilidad del TEPT en miembros del CNP que habían estado “sometidos a situaciones estrés máximo en las que se ha producido un peligro directo para la

propia vida o integridad física". En el grupo se incluyó también a policías, testigos presenciales de hechos de los que se hayan derivado la muerte de otros miembros del Cuerpo. El periodo de estudio fue de 1 de enero a 31 de diciembre de 1990 sobre la base de población total estimada 55.027 personas. Los criterios de inclusión: pertenencia al CNP en situación de activo, y haber sufrido un atentado con explosivos dirigido individualmente, al grupo, contra instalaciones, tiroteos como forma de agresión al funcionario o en el curso de una operación policial, agresión con arma blanca con resultado de herida, haber sufrido un secuestro, haber sufrido una agresión física individualizada, haber sufrido un accidente de tráfico en acto de servicio con resultado de muerte de los acompañantes o lesiones graves del interesado.

Para poder llevarlo a cabo la DGP facilitó, a través de los Servicios Médicos del Cuerpo el contacto con Regiones Policiales para localizar los funcionarios que hubieran sufrido algún tipo de acontecimiento como los reflejados anteriormente.

La muestra total fue de 147 casos correspondientes a la totalidad de los afectados. Un total de 106 casos (72,1%) tuvieron un periodo de baja laboral, que sólo en 14 casos fue de más de 365 días. Y 41 casos se incorporaron inmediatamente al trabajo tras el suceso potencialmente traumático. 31 casos del total de la muestra (21,1%) cumplían criterios diagnósticos DSM-III-R para TEPT (7 de Atentado terrorista, 5 de tiroteos, 6 de agresiones físicas y 3 de otros). Y en cuanto a comorbilidad psiquiátrica, presentaban mayor porcentaje, los Trastornos de ansiedad, patología alcohólica y trastorno afectivo mayor.

El resumen de los resultados del año 1990, para una población estimada de 55.027 individuos y 147 casos, es de: incidencia de situaciones de riesgo potencial, 27 casos cada 10.000 policías; la incidencia de situaciones de riesgo, 94 casos, por lo tanto 17 casos cada 10.000 policías; y la incidencia del Trastorno por estrés postraumático, de 31 casos, por lo tanto de 56 casos cada 100.000 policías.

Dado que el estudio se realizó con funcionarios en activo, no hay constancia de los que habiendo sufrido situaciones traumáticas semejantes pasaron a otra situación administrativa. Robledo et al. 1993, presentaron una Ponencia sobre la Evaluación de la Incapacidad Psicofísica en la Dirección General de la Policía. En las VIII Jornadas de Valoración Médica de la Invalidez (137).

Gilaberte, 1994, realizó su Tesis Doctoral (68) con una muestra de 147 funcionarios del CNP que habían sufrido un evento potencialmente traumático en el año 1990. La población objeto de estudio, el tamaño de la muestra y los resultados de la explotación de los datos son los que constan en (11) de Baca y Gilaberte, 1992. Entre las conclusiones (pp. 171-174) destaca:

- El riesgo de sufrir un suceso traumático entre los funcionarios del CNP en el año 1990 supuso un dos por mil para toda la población policía.
- Casi la tercera parte (N=31), (32,98 %) de los policías que sufrieron un suceso de características traumáticas desarrollaron un TEPT.
- La presencia de patología psiquiátrica concomitante entre los individuos con TEPT es del 74,2%. Las patologías psiquiátricas que con más frecuencia se asocian al TEPT en esta muestra son los Trastornos de ansiedad en el 35,5% y los Trastornos afectivos en el 25,8% de los casos.

Carrasco et al. 1994, trataron de demostrar la asociación de la baja actividad MAO plaquetaria con patrones estables de conductas de búsqueda de sensaciones y de riesgo. (30) Estudiaron 16 toreros, 29 desactivadores de explosivos (TEDAX), miembros del CNP, y los compararon con un grupo control de 25 médicos, todos varones y de edades entre 20 y 55 años. En todos se realizó una previa entrevista estructurada (SCD-I y II) para detectar trastornos psiquiátricos y de la personalidad. Investigaron la actividad MAO plaquetaria mediante métodos isotópicos y las dimensiones temperamentales y de personalidad mediante cuestionarios de Eysenck (EPI), Zuckerman (SSS) y Cloninger (TPQ). Los desactivadores de explosivos, “no resultaron ser buscadores de sensaciones, presentando un alto grado de autocontrol, junto a niveles muy bajos de neuroticismo y de evitación del peligro. Puntuaron más bajo que los otros dos grupos en las escalas de búsqueda de sensaciones y de impulsividad, y su actividad MAO plaquetaria no difería significativamente de los controles, e incluso sus valores más elevados que en los médicos lo que es compatible con el elevado grado de autocontrol que presentan estos profesionales.

Tamargo, 1994, realiza un estudio, no publicado, (151) con funcionarios pertenecientes al CNP, de todo el territorio nacional y para ello cuenta con datos de las evaluaciones médicas practicadas en las Unidades Regionales de Sanidad es decir, todas las Regiones Policiales, del año 1993. El autor centra el estudio en “un aspecto concreto del absentismo y la incapacidad que es la

evaluación médica de aquellos procesos orgánicos que determinan una baja laboral prolongada y que por tanto dan lugar a incapacidad física". Objetivo: comprobar variaciones entre las Unidades Regionales y "evaluar si se observan diferencias entre las propuestas médicas realizadas, y las propuestas administrativas finalmente emitidas por la Comisión de Valoración de la DGP".

El número total de funcionarios en 1994 en el CNP: 52.996, (Mujeres: 895 y Hombres: 52.101). Las Propuestas administrativas determinadas en las Comisiones de Valoración del año 1993 fueron: Jubilación: 262; Segunda Actividad: 54; Alta: 153; Continuar baja: 18; No reingreso: 1; Continuar en Segunda Actividad: 7. (Los propuestos para Jubilación tenían que ser reconocidos en las UVMI, que podía o no mantener la propuesta)

El colectivo objeto de la investigación de Sánchez Milla, 1995, estaba compuesto por 1130 funcionarios del CNP de la provincia de Vizcaya (98'9% varones), los cuales habían sido seguidos por el equipo de evaluación a lo largo del año 1993, contabilizando todos los accidentes de servicio, incluyendo los in itinere. Se realizó el diagnóstico de la lesión o enfermedad sufrida según el código WONCA. El mayor porcentaje de lesiones correspondía a esguinces, contusiones y fracturas. El Índice medio de bajas: 2'1%. Duración media de las mismas, 54,4 días, y el número de jornadas perdidas por Atentado Terrorista, 203 días. Las bajas por accidentes de servicio fueron 51, de las cuales el 94% correspondían a bajas en acto de servicio, y el 2% a atentados terroristas (145).

Un trabajo sobre consumo referido de tabaco y alcohol (110) fue realizado por Nieto y Pardo, 1995, en el contexto de los reconocimientos médicos periódicos efectuados en la Unidad Regional de sanidad de Madrid a 1276 funcionarios de la Jefatura Superior de Policía de Madrid durante el año 1994. Destacan los siguientes resultados: el 40,43% de la muestra: abstemios o bebedores ocasionales; el 59,47% "bebía con mayor habitualidad, pero de éstos, el 87,52% bebían menos de 5 U/día. La población de riesgo, 3,45% de la muestra, que consumía más de 7 U/día. Al comparar estos datos con la Encuesta de Salud de 1988, en la que Madrid se encontraba entre las tres Jefaturas de Policía con mayor porcentaje de consumo de alcohol, concluyen que: "En la actualidad, el consumo de alcohol no representa un riesgo al que se vea sometido, como tal, el colectivo policial de Madrid".

En la Unidad Regional de Sanidad de la Jefatura Superior de Policía de Madrid, Cruz, (42), revisa 819 historias clínicas de funcionarios del CNP que habían sido atendidos en consulta en situación de IT, por el Equipo de Salud Mental: Psiquiatría y Psicólogo en la URS de la JSP de Madrid desde 1990 hasta octubre de 1995. El 12,46% (102 funcionarios) de los 819, reunían criterios para el diagnóstico de Bebedor excesivo, Abuso de alcohol y Dependencia de alcohol. 101 varones, y 1 mujer. Edades entre 35 y 60, con una media de 45; el 80,34% tenían entre 35 y 49 años. El 73,52% casados o con pareja estable. La antigüedad en el Cuerpo entre 10 y 36 años, con una media de 20 años. El 91,17% de los casos pertenecía a la Escala Básica. De los 102 funcionarios, 47 (46'07%), tuvieron ingresos hospitalarios una o más veces por causas psíquicas y/o físicas relacionadas con el consumo de alcohol. De los funcionarios estudiados el 46,7% (47 casos) Abuso de alcohol(es decir el 5,74% de los 819 estudiados); el 37,26% (38 casos) Dependencia de alcohol (4,64% del total), y el 16,67% (17 casos), Bebedor excesivo (2,08% del total).

El estudio también muestra la comorbilidad del trastorno por consumo de alcohol en estos funcionarios con otras diagnósticos: con trastornos del estado de ánimo: 23,5%; con trastornos de la personalidad 23,52%; con trastornos de ansiedad 3,92%, Otros (trastorno delirante, psicosis atípica, psicosis alcohólica) 10,78%, y en menores proporciones: intento de suicidio y abuso de sustancias psicoactivas. Se destaca la comorbilidad con epilepsia en cuatro casos.

La situación laboral al final del estudio: 6 en situación de Segunda actividad (por edad o por enfermedad), 32 Jubilados por IP (31,37%), 10,78% con propuesta de IP pendientes de Tribunal Médico. Continuaban de baja en IT, 8 casos, y se han incorporado al trabajo con supervisión y/o tratamiento 44 funcionarios (43,13% de los casos). (pp. 235-251).

Martín Paramio, 1995, tiene como objetivo de su Tesis Doctoral (96) un estudio a nivel nacional para examinar la incidencia de los atentados terroristas y sus consecuencias físicas y psíquicas dentro de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Para ello ha estudiado todos los atentados producidos en España desde 1º de enero del año 1973, hasta diciembre de 1994, es decir 21 años, en los que resultaron afectados, personal de servicio en las Fuerzas de Seguridad del Estado, Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil. Un total de 363 atentados terroristas de los cuales 123 eran del CNP con un colectivo de 45.637 policías, y 239 de la Guardia Civil con un colectivo de 63.458 agentes. En las conclusiones (pp. 339-342) destaca que:

- Prácticamente la mitad de los atentados fueron perpetrados mediante coches bomba, uno de cada cuatro mediante explosivos y uno de cada cinco mediante el uso de balas o acción directa.
- Entre 1986 y 1992, hay un incremento de forma que en la Guardia Civil, suponen el 45% de la totalidad, y en la Policía Nacional el 33%.
- El 60% de los afectados en atentados terroristas van a tener como consecuencia inmediata lesiones de consideración grave, y uno de cada cuatro afectados resulta muerto.
- El 60% requirieron hospitalización por las graves lesiones físicas, un 30% algún tipo de Rehabilitación y el 18% tratamiento psiquiátrico.
- Las consecuencias definitivas: 23% muertes, 27% Incapacidad Permanente Absoluta, 19% con lesiones no invalidantes, y el 31% recuperados para la vida habitual posterior, Los que más han requerido asistencia psiquiátrica han sido miembros del CNP.
- En cuanto al riesgo potencial para la Guardia Civil es del 0,00018 y para la Policía Nacional de 0,00013.

Fresnillo, 1999 escribe (pp. 23-23): “Queremos hacer hincapié en el creciente número de funcionarios que finalizan la vida profesional a través de la vía administrativa de cambio de situación por disminución de facultades físicas o psíquicas valorables por el Tribunal Médico de Incapacidades correspondiente, siendo habitual sobre todo en lo concerniente a la salud mental, la argumentación del trabajo como elemento causal de la incapacidad y la referencia a salud previa refrendada en el reconocimiento de acceso...” (62).

Otras Tesis Doctorales sobre el CNP:

“Cuerpos de Policía y seguridad ciudadana en España: situación actual y perspectivas de futuro” de la que es autora: Lazúen Alcón, M^a Piedad año: 1997 Universidad de Granada. Departamento: Derecho Administrativo Programa de doctorado: problema de la dogmatica del derecho administrativo y ciencia de la administración. Publicado por el Ministerio del Interior (1999) con el mismo título: “Sistema policial español y régimen jurídico del Cuerpo Nacional de Policía, de la que es autor Valriberas Sanz, Ángel, año 1997 Universidad: Salamanca Departamento Derecho Administrativo, Financiero y Procesal. El Ministerio del Interior publica de este autor (1999) el libro Cuerpo Nacional de Policía y Sistema Policial Español Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales. Madrid.

Nieto, 1999, expone (pág. 10) que “la selección de los aspirantes a formar parte de una organización debe partir de la evaluación de los conocimientos y condiciones de las personas que quieren acceder a dicha organización”. (109) “Cualquier decisión tomada con un individuo supone la valoración de las aptitudes, conocimientos, personalidad y cualidades sociales. Lo acertado de la decisión depende de la calidad de la valoración y por tanto de lo adecuado que sean los métodos utilizados para juzgar la capacidad de adaptación del individuo al puesto o función que se destina”. En el Cuadro de exclusiones, es donde constan las condiciones psicofísicas exigibles en el momento del ingreso en el CNP para el cumplimiento de las funciones encomendadas a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, ya que las situaciones, alguna límite, a las que se tienen que enfrentar, exigen unas condiciones que no son imprescindibles a otros funcionarios de la administración.

Las competencias de evaluación de los procesos de incapacidad física para cambio de situación administrativa a jubilación o segunda actividad, se produjo por el RD 397/1996, por el que se transfiere al Tribunal Médico de la DGP. Antes se remitían al órgano competente de evaluación (UVMI o EVI). A partir del cambio legislativo, en la Sección de Salud Ocupacional del Servicio Sanitario Central de la DGP, los informes clínicos correspondientes a procesos orgánicos, se remiten al Tribunal Médico para la evaluación definitiva Fernández y Marcos, 1999, realizaron un estudio del periodo 1996-1998 “en el que se evaluaron un total de 1371 procesos orgánicos que motivaron un cambio de situación administrativa (Jubilación por IP y Segunda Actividad). Estas autoras encontraron que la patología más frecuente (59,23%) correspondía al aparato locomotor. (56).

Lechuga, 1999, analiza las patologías que con mayor frecuencia han sido causa de Absentismo laboral en el CNP, y para ello ha estudió las bajas médicas producidas en el año 1998, que ascendieron a 15.747; de ellas el 87,41% correspondían a enfermedad común o accidentes fuera de servicio, y el 12,59%, a accidentes de servicio o in itinere. (87).

En las patologías consideradas como enfermedad común y accidente fuera de servicio, la mayor incidencia describe que: viene referida a las enfermedades del aparato locomotor (37,22%), seguida por las enfermedades del aparato respiratorio (22,32%), patología de aparato digestivo (10,88%), y en cuarto lugar los trastornos mentales (6,32%). Detecta, un descenso de las

enfermedades infecciosas a medida que aumenta la edad; aumento con la edad de neoplasias y enfermedades endocrinas y metabólicas, y un significativo incremento de enfermedades mentales en la 5ª década de la vida, al igual que de enfermedades cardiovasculares.

Por actividad desarrollada, las Unidades Especiales (TEDAX, GEOS, UIP, Guías Caninos, Unidades de Subsuelo), mayor incidencia de enfermedades infecciosas y del aparato locomotor, y las enfermedades mentales, mayor incidencia en las Unidades de Seguridad.

Gilaberte, 2000 reitera datos de su estudio de 1994 sobre funcionarios del CNP que habían sufrido un evento potencialmente traumático en el año 1990 (69).

Sánchez Milla et al 2001 (144), valoran el estrés en la población policial. Los autores del estudio (dos de ellos Médicos, Jefes de Unidades Regionales de Sanidad del CNP), dicen en la Introducción del artículo que: “La profesión policial es una actividad de reconocido riesgo estresógeno “per se”. Además de los propiamente inherentes al trabajo policial, existen otros factores de estrés, de carácter estructural, que inciden negativamente en la motivación y disposición de los policías a la hora de realizar su labor.” Y continúan: “El policía desarrolla su labor en un entorno conflictivo en el límite de la marginalidad y criminalidad. Además su herramienta habitual de trabajo -la defensa y la pistola- tiene un riesgo genérico que se añade como factor de estrés”. “Pero además de estos factores puramente laborales existen otros, de carácter organizativo, muy relacionado con las relaciones de los funcionarios entre sí, y con las características de desarrollo del trabajo policial, que inciden en mayor o menor manera en los policías, aumentando su fatiga psíquica, y sometiendo a los efectos nocivos del estrés”.

En este trabajo describen factores estresógenos organizativos y los dividen en seis grupos: 1) inherentes al puesto de trabajo, 2) derivados de la función de organización, 3) asociados al desarrollo de la carrera profesional, 4) derivados de la estructura y atmósfera del trabajo, 5) asociados a las relaciones personales, y 6) exteriores al trabajo.

La probabilidad de que una persona que ha sufrido un Atentado Terrorista, padezca un Trastorno mentales de 2 a 3 veces mayor que en la población general expone Baca et al. 2002. Este estudio (14), forma parte del

“Proyecto Fénix”, un proyecto amplio que “comprende un registro de todos los afectados por acciones terroristas en España y que está promovido por la Asociación de Víctimas del Terrorismo”. De enero de 1997 hasta enero de 2001 entrevistaron a 2998 personas pertenecientes a 544 unidades familiares de 426 atentados terroristas que eran víctimas directas (el 17,6%), familiares de víctimas, víctima y familiar y personas relacionadas con la familia pero no con el atentado. El resultado de los atentados produjo víctimas mortales en 306 (71,8%). Entre las víctimas directas las profesiones más frecuentes: Guardia Civil (36,9%) y Policía Nacional (23,5%). En el estudio utilizaron el Cuestionario GHQ-28 como instrumento de screening de patología psiquiátrica. En las conclusiones destacan que “tanto las personas que sufren un atentado terrorista, como sus familiares tienen peores niveles de salud mental que la población general a corto y a largo plazo”.

El Proyecto Fénix, que comienza a realizarse en 1997, con el estudio de 544 familias, es llevado a cabo por el Gabinete Psicológico de la Asociación de Víctimas del Terrorismo en España, constituida en 1981, creando el Gabinete en 1992. Baca et al, 2003, que en un primer informe los datos desvelaron el perfil sociodemográfico, características y tipos de atentados, sensación subjetiva de la víctima ante el apoyo recibido y ante la justicia, salud mental de los afectados y diagnósticos psiquiátricos más frecuentes. El perfil de la víctima de atentado terrorista: varón, casado, perteneciente a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, o militar o civil, entre 35 y 65 años. La mayoría de los supervivientes están en activo, y un 27% tienen Incapacidad laboral por las secuelas (15).

Baca y Cabanas, 2003, exponen que el antecedente del “Proyecto Fénix” lo constituye el trabajo que sobre incidencia del trastorno por estrés postraumático, en una población presumiblemente de riesgo como es un Cuerpo de Seguridad del Estado, se llevó a cabo durante el año 1991, tras un periodo de diseño y preparación que comenzó en 1986, y cuyos resultados han sido parcialmente publicados (Gilaberte et al, 1996; Gilaberte y Baca, 2000). Este trabajo supuso un estudio de campo que incluía a todos los agentes del Cuerpo Nacional de Policía que durante el citado año, 1991, habían sufrido un acontecimiento potencialmente traumático. 178 sujetos, el 0,38% de la totalidad de la población de riesgo (49.000 agentes 94 cumplieron con el criterio A del DSM-III-R (0,2% de la muestra total), y de esos 31 casos cumplían a su vez criterios diagnósticos del DSM-III-R de TEPT (0,066% de la muestra total y 32,98% de aquellos que cumplían con el criterio A). “La naturaleza de la

situación traumática se ligaba de forma consistente ($p<0'05$) a la posibilidad de desarrollar TEPT, siendo las víctimas de atentados con explosivos los que presentaban mayor riesgo (el 80,9% de los afectados por este tipo de hecho desarrollaba TEPT)".

Dicen los autores que la evaluación de los rasgos de la personalidad "no permitió aventurar ninguna conclusión acerca de la importancia de la estructura de la personalidad en la capacidad de integrar el hecho traumático..." El grupo presentaba, alta comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos (72,2%), predominando los trastornos de ansiedad (35,5%) y los trastornos depresivos (25,0%). los trastornos por abuso de sustancias (incluyendo alcoholismo) sólo se presentaron en un 9,7% de los casos en contra de lo esperable si tenemos en cuenta los estudios (especialmente americanos) sobre este aspecto concreto de la comorbilidad". (13).

En un estudio de Ferrando y Gabriel, 2006 sobre el Atentado terrorista del 11 M, exponen que había, entre otros, 153 funcionarios del CNP dispositivo de intervención ante los Atentados Terroristas del 11 M en Madrid (Tedax, UIP, Policía Científica), y que los miembros del CNP pueden verse involucrados en situaciones potencialmente traumatizantes: atentado con explosivos, explosión accidental o en desactivación, distintos tipos de agresiones con arma de fuego, con arma blanca, etc. (58).

Son de destacar las Ponencias de: 1) Sánchez, 2007 Ponencia sobre Absentismo de causa psíquica en el CNP (1998-2008), en las III Jornadas de Salud Mental en el CNP (146); y 2) la Comunicación Personal de Puellas, 2007, Funciones, cometidos y actuaciones del Psicólogo del Área II, de la Unidad Sanitaria Provincial de Madrid, también en las III Jornadas de Salud Mental en el CNP. (123).

Sobresalen por su especial relevancia, por el gran interés y profundidad de contenido, y es por lo que merecen ser citados de forma destacada, los artículos publicados por Puellas 2008, 2009, y 2010, en la Revista Psicopatología Clínica Legal y Forense, sobre "Delitos de atentados contra agentes de la autoridad. Estudio a través de Sentencias de Audiencias Provinciales" (125). "Consumo perjudicial de alcohol en el Cuerpo Nacional de Policía. Implicaciones disciplinarias, laborales y psicopericiales" (124). "El Psicólogo en el Cuerpo Nacional de Policía" (126). "Exigencia emocional del Trabajo Policial" (127). "Experiencia y carga emocional del trabajo policial. La

intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas” (128) y “Exigencia emocional de trabajo en las Unidades de Intervención Policial” (129).

Estudios sobre Burnout en los que han participado miembros del CNP:

Lozano et al. 2007, sobre Burnout (90) afirman que se trata de un problema social que afecta a diversos colectivos profesionales. ¿Es similar al estrés laboral?, ¿surge como consecuencia de este? Los autores describen comparativamente los niveles de Burnout en cuatro muestras: una de población general, y tres de profesionales docentes, sanitarios y policías. 342 personas, 157 hombres y 180 mujeres, de los cuales la población general N=71 eran de la Comunidad Autónoma de Asturias, Policía Nacional N=102, destinados en el País Vasco; Sanitarios, personal DUE N=95, destinados en hospitales de Granada, y Docentes N=74, de diferentes centros educativos de secundaria del Principado de Asturias. A todos se les aplicó el MBI (Maslach Burnout Inventori). En la dimensión “Realización personal” existen diferencias estadísticamente significativas entre la muestra de Policías y el resto de las profesiones. La variable despersonalización los valores más altos son los obtenidos por el colectivo de policías seguido del grupo de sanitarios. En cuanto a la realización personal se sienten más realizados en su trabajo los Policías. Las bajas puntuaciones en Burnout del grupo de Policías coincide con otras investigaciones Newman et al 2004 (107).

Aguado, 2013 utiliza en su Tesis Doctoral el MBI, y examina el Burnout en 747 policías nacionales que trabajan en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Los resultados demuestran que la prevalencia de este síndrome es alta “ya que el 32,2% mostró un alto nivel, el 12,5% un nivel medio y el 55,4% un nivel bajo. Asimismo, los resultados mostraron que el turno, y algunas características de personalidad (neuroticismo, extraversión, agradabilidad y responsabilidad) parecen estar implicados en el desarrollo del síndrome de burnout” (1).

10.2 Estudios en otras policías de España y en la Guardia Civil.

Torres et al. 2002, tratan de identificar y analizar estresores ocupacionales y organizacionales asociados a la autopercepción del estrés laboral, “así como el distrés asociado en términos de síntomas de

somatización, hostilidad y depresión. (152). Estudian una muestra de 353 (15%) pertenecientes a distintos centros de Policía Local de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se consideraron válidas las respuestas al Cuestionario de 336 policías municipales. El Cuestionario construido de “Estrés laboral Policía Municipal compuesto de 65 ítems recogía distintos tipos de estresores. La edad media 39 años, 89,7% hombres y 10,3% mujeres, con estudios de: 32,7% FP, 29,1% Bachiller, 16,7%, Primarios, 12,3% Titulación media y, 8,4% Titulados superiores), siendo la experiencia profesional de 13 años Los estresores identificados fueron: Desempeño de rol; Gestión de personal; Estilo de dirección; Imagen y credibilidad, y Sobrecarga de trabajo. Este estudio parece estar en la misma línea de resultados que el realizado por Brown et al. 1996 (24). Para el estrés utilizaron tres subescalas del SCL-90-R. “El efecto directo de los tres síntomas de estrés por parte de los distintos estresores se constata únicamente en el caso de la sobrecarga de trabajo, que predice además de manera importante los síntomas de depresión y hostilidad de los policías municipales; estos dos síntomas también son explicados por la imagen y credibilidad de la institución”. (pág. 218).

La profesión de Policía es extremadamente estresante. Cuando los Policías se ven confrontados con demandas propias de su trabajo, y ellos se sienten incapaces de manejar esas demandas, surge un desequilibrio, y el estrés se incrementa. Cuando se habla del estrés en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del estado, se tiene en cuenta la organización y el desempeño laboral, pero no hay que olvidar el resto de las circunstancias vitales es decir factores sociales extra laborales, familiares, o personales.

Por su parte, Durán et al. 2006, analizan el Síndrome de “estar quemado” en el ámbito policial, su relación con variables sociodemográficas y el estilo de afrontamiento, en una muestra de 232 Policías locales. El perfil medio obtenido refleja un nivel alto de cansancio emocional y una despersonalización media-alta, y una realización personal media. El estilo de afrontamiento presenta una correlación negativa estadísticamente significativa con la despersonalización. No hay diferencias con la variable sexo, ni con la existencia de relación de pareja (considerada fuente de apoyo social). Sí aparecen diferencias significativas respecto a la antigüedad en la organización; los que llevan en la profesión entre 6 y 15 años muestran niveles más elevados del síndrome. (47).

Para Oligny, 1994, uno de los efectos a largo plazo del estrés en los Policías, es el “Síndrome del quemado”, el agotamiento profesional, y explica su origen por los valores y el compromiso con la profesión policial. Pero no sólo es el estrés, también lo es la interacción de la persona y su entorno laboral, apuntando al propio sistema de valores y al compromiso con la profesión de policía. (112). En el trabajo los policías experimentan cansancio emocional, y si se cronifica, surge dificultad para responder emocionalmente a las situaciones conflictivas altamente estresantes a las que se enfrenta a diario, se siente incapaz de ayudar, frustrado ante ciertas situaciones, e incapaz de manejar las demandas.

En la Guardia Civil, también han realizado estudios, así, López Cuenca, 1999, informa sobre las patologías médicas de mayor incidencia en ese Cuerpo. En el periodo 1994-1998, el porcentaje más elevado corresponde a enfermedad común (80,57%), seguido de accidentes; la duración media de las Bajas por Depresión fue de 98,26 días por proceso y año, y aparece como la segunda causa que produce más días de baja al año, pero no entre las patologías más frecuentes. (88).

López González y Gimeno Navarro, 1990, estudiaron a sesenta jóvenes Guardias Civiles que sufrieron un atentado terrorista en el convoy donde viajaban, (al explotar a su paso un potente coche-bomba), el 14 de julio de 1986, y 83 compañeros vivieron con proximidad el acontecimiento. Todos eran varones. Resultaron 12 Guardias muertos y 41 heridos, 9 de ellos graves. Fueron evaluados con criterios DSM-III en dos ocasiones, a los 6 y a los 12 meses del atentado. En la primera, el 33,3 % de los guardias presentes presentaba Estrés Postraumático agudo. En la segunda, el 26,6 % Trastorno por Estrés Postraumático crónico. En la 1ª evaluación, de los que no estaban presentes en el atentado, el 2,4% presentó Estrés Postraumático agudo.

Les realizaron también, en el Centro Hospitalario Ramón y Cajal de Madrid, análisis de orina (catecolaminas, metabolitos e indolaminas), a 22 Guardias (15 con diagnóstico de TEPT, 4 Ansiedad y 4 Depresión), y un grupo control de 22 sujetos no psiquiátricos. Encontraron diferencias significativas en el grupo de Guardias, excepto en el metabolito 5HT. Concluyen que: “No obstante su correlación con las pruebas psicológicas es media-baja”. (89).

La Asociación Unificada de Guardias Civiles (AUGC, 2006), organización miembro de EuroCOP (Confederación Europea de Policía), es la primera y la

más importante Asociación de Guardias Civiles. Esta Asociación sacó a la luz un documento de 17 páginas. (8) En él dice que: “El número de agentes afectados por problemas psicológicos es muy elevado y crece cada año. En la Guardia Civil hay el doble de bajas laborales por motivos psicológicos al año que en el Cuerpo Nacional de Policía. Nos referimos a patologías como síndrome de ansiedad, estrés, depresión, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos e incluso brotes psicóticos”. “El suicidio es la 3ª causa de muerte en la Guardia Civil...”. “Un elevado número de agentes se prejubilaba antes de la edad reglamentaria por causas psicológicas...” “En el periodo 1990 a 2004, un total de 2529 guardias civiles han pasado a la situación de retirado por causas psicológicas frente a los 463 agentes de la Policía Nacional que lo han hecho”

En 1998-99 se realizó en la GC, una encuesta ante el aumento de bajas laborales por motivos psicológicos, y una nueva encuesta en el año 2000, y en el año 2003. Los resultados de la encuesta, aunque no fueron publicados inicialmente si constan en el libro “La cara oculta de los Policías en España”, (31). Carrillo, 2007. Los datos reflejados son que en los últimos 10 años 4000 agentes de la GC, han sido prejubilados por sufrir algún tipo de patología psiquiátrica. Los problemas psicológicos derivados del servicio provocan que cada 10 días haya un suicidio consumado o frustrado (438 agentes) El acoso psicológico en la Benemérita ha provocado en los últimos 10 años perder 6 millones de jornadas laborales, con coste de 500 millones de €. 17.000 agentes han solicitado la baja psicológica, y el 20% dice que ha sufrido mobbing.

En una entrevista el 4 de noviembre de 2008 realizada por El Periódico de Aragón, Manuel del Álamo (Jefe de prensa y director de publicaciones de la Asociación Unificada de Guardias Civiles AUGC) y coautor del libro expuso estos mismos datos.

Rizo y Barrios, 2012 exponen en el libro “Salud mental en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Desde la Psicología y el Derecho”, que (pág. 45): “El Servicio de Psicología de la Guardia Civil señala que en el año 2010 de un total de 699 casos diagnosticados como Trastorno adaptativo, el 42,6% tenían detrás un estresor de tipo laboral, lo cual señala la gran importancia que tiene el contexto laboral en la salud mental”. (136).

10.3 Estudios con policías en otros países.

Una interesante revisión ha sido realizada por Peñalba, 2008 de la Universidad de Sao Paulo (Brasil), sobre prevención de trastornos psicológicos en policías. (115).

En la Revista Ciencia Policial, 1999, hay un artículo (133) titulado. "Tratando el estrés en la Policía" pp. 99-107. En él se cita una revisión de investigaciones entre 1989 y 1995, y una de ellas la realizada por Saathoff y Buckman, 1990, en el Departamento de Medicina de la Conducta y Psiquiatría de la Universidad de la Escuela de Medicina de Virginia, Charlottesville, que estudiaron a 26 agentes estatales de entre 24 y 53 años, durante 28 meses. El diagnóstico más común fue el de trastorno de adaptación, seguido por el abuso de sustancias y el trastorno de la personalidad. Los casos más difíciles de evaluar fueron aquellos que conllevaban síntomas psiquiátricos después de un trauma durante el servicio, incluyendo casos de trastorno postraumático. Se observaron manifestaciones conductuales, trastornos de la personalidad y abuso de drogas. Citado también por Peñalba (115).

En un estudio de Cooper, 1982, sobre el estrés en los servicios de Policía muestra que el exceso de trabajo de los sargentos de Policía Británica era origen de una depresión pasajera. Estos lo achacaron a los procedimientos administrativos, la obligación de trabajar demasiadas horas, unidas a las frustraciones causadas por los procedimientos prolongados o inútiles para el castigo de los delincuentes (41).

El papel de la Policía en la sociedad occidental está sufriendo una transformación que es reflejo de los cambios de la sociedad (económicos, tecnológicos y otros). Deschamps, et al. 2003, realizan un estudio (46), para evaluar el nivel de estrés de un grupo de Policías franceses de todas las categorías (N=617), y un grupo control, para examinar la asociación entre los factores de estrés policial y los niveles de estrés. Completaron un cuestionario autoadministrado. La edad media de los dos grupos 40 años, siendo el 84% hombres. Los policías con alto nivel de estrés (los mismos resultados solo en hombres y grupo de control), pertenecen a grupos de más de 15 años de servicio, sargentos, oficiales o empleados con rango administrativo, divorciados y mayores de 30 años, sin actividades de ocio ni hobbies. El estrés en el trabajo, es un factor que provoca problemas de salud. La población policial,

afectada de escaso personal, y de largas horas de trabajo. Encontraron las fuentes de estrés en los policías tanto en el cansancio del trabajo como en la planificación de la vida privada.

La policía cumple un papel esencial en la sociedad, y el estrés puede reducir su eficacia. Un policía estresado puede ser una amenaza para él mismo, para sus compañeros, para la seguridad pública. Esto constituye una preocupación en los Psicólogos que tratan de hacer esfuerzos para “reducir, eliminar o modificar la tensión que padece el personal de policía utilizando técnicas psicológicas basadas en el modelo occidental. En la India, Randhir, 2009 realiza un estudio, (131) en el que utiliza el manejo y el afrontamiento del estrés con técnicas basadas en modelos psicológicos indios. Las intervenciones multidimensionales psicológicas utilizadas en este estudio fueron escogidos entre puntos implícitos en el yoga y en técnicas de meditación. El estudio se realizó con Policías voluntarios de diferentes rangos y un grupo control. Las puntuaciones de estrés y de afrontamiento fueron tomadas antes y después de la intervención. Se encontró que las intervenciones psicológicas multidimensionales fueron significativas en la reducción de la tensión del trabajo y se mejoró el comportamiento de afrontamiento.

Uno de los primeros estudios sobre el estrés en el trabajo de los policías, fue el realizado por Symonds 1970, en Nueva York, sobre peligros emocionales de la labor policial, afirmando que el trabajo de Policía es estresante, situación que comparten otras muchas profesiones. (150).

Berg et al. 2005, ha estudiado el estrés laboral en Policías Noruegos. Los altos niveles de estrés se han atribuido a las condiciones de trabajo, pero hay escasa evidencia científica. (19). Los autores, desarrollan un nuevo instrumento para medir el estrés en el trabajo de la Policía (SNSP), para evaluar los factores de estrés más graves y frecuentes. Realizaron un estudio con un cuestionario a nivel nacional: 3272 policías noruegos de todos los niveles jerárquicos. Los resultados indican que las personas con mayor grado de atribución interna de control tienen mejor salud y se adaptan mejor al estrés que las que tienen un predominio de atribución de control externo. Los Policías con elevado neuroticismo perciben que el trabajo es más estresante que los compañeros con mayor estabilidad emocional y extraversión que son más activos y efectivos en sus respuestas. Las mujeres policías perciben con mayor intensidad todos los factores de estrés que sus compañeros varones. Las

correlaciones entre estrés, rasgos de personalidad, locus de control de trabajo y estrategias de afrontamiento, eran moderados.

Los agentes de la Policía son considerados como una población muy estresada debido a la naturaleza del trabajo que realizan. La exposición repetida al estrés laboral y los eventos estresantes de la vida pueden afectarles desde el punto de vista psíquico y físico. Hartley et al. 2007, realizaron un estudio piloto transversal con un centenar de agentes urbanos de Búfalo, seleccionados al azar, utilizando un autoinforme, tratando de determinar si acontecimientos negativos de la vida y sucesos traumáticos estaban asociados con depresión en los policías. Los resultados indican que la exposición a múltiples eventos negativos de la vida, se asocia significativamente con puntuaciones de depresión elevadas en esta muestra. Sugieren desarrollar esfuerzos psicológicos para ayudar a los funcionarios afectados. (76).

Brown y Campbell 1990, estudiaron el estrés en la Policía considerando como “la autopercepción del impacto negativo derivado de la exposición a un estresor y el distrés asociado en forma de síntomas negativos específicos tales como la hostilidad y la depresión. (24).

Pienaar, 2006, publica en una Revista de Psicología Industrial un estudio sobre estrés ocupacional en la Policía de Sudáfrica. Los objetivos de este estudio (120), fueron desarrollar y validar una encuesta que podría ser utilizada por el Servicio de Policía de Sudáfrica (SAPS) para identificar la frecuencia y la intensidad de los factores de estrés en el trabajo y para evaluar las diferencias entre los factores de estrés para los grupos raciales, de rango y de género. Se utilizó un diseño encuesta seccional. Muestras aleatorias estratificadas (N=2145) fueron tomadas por miembros de la policía de los nueve provincias de Sudáfrica. Los resultados muestran alguna similitud con otros estudios de estrés policial, demandas en el cumplimiento de la tarea, situaciones de violencia y tener que manejar el conflicto, muerte de un compañero, matar a alguien, falta de reconocimiento del trabajo, falta de apoyo, inadecuados salarios, ver delincuentes en libertad... El análisis de varianza mostró diferencias en los factores de estrés para los grupos de rango, raza y género.

Hay pocos datos sobre el estrés psicosocial del trabajo y la repercusión en la salud de los policías de mayor edad Gershon et al. 2002, de la Universidad de Columbia, evaluaron una muestra de 150 policías de 50 años o más, encontrando que los factores de riesgo más importantes asociados con el

estrés percibido en el trabajo, eran las conductas de afrontamiento desadaptativas por alcohol o juego), el exponerse a acontecimientos peligrosos del tipo de por ejemplo tiroteos. También apuntan que el estrés que percibían en su actividad laboral se asoció prevalentemente con ansiedad, depresión, abuso de alcohol, síntomas de TEPT y de Burnout y también con dolores en la espalda y conducta disruptiva. Dicen que los datos indican que con elevado nivel de estrés en el trabajo, los de mayor edad pueden tener más problemas de salud". (67).

El matar o herir gravemente a alguien con ocasión del servicio desempeñado por Policías, y su relación con sintomatología psíquica, ha sido estudiado a través de un programa de investigación en Nueva York, por Komarovskaya et al. 2011, en una muestra de 400 agentes de policía. Fueron evaluados primero durante su formación en la Academia. Casi el 10% de los agentes informaron que habían tenido que matar o herir gravemente a alguien en el cumplimiento de su deber en los primeros tres años de su servicio como policías. Este hecho se asoció significativamente con los síntomas del TEPT ($p<.01$), y marginalmente asociados con síntomas depresivos ($p=.06$). Estos resultados ponen de manifiesto el impacto potencial en la salud mental de matar o herir gravemente en el ejercicio de su trabajo. (85).

En México, la Agencia de Noticias Quadratín México DF 30-12-2011, difunde la noticia de que en el terreno de la salud general puede decirse que los policías encargados de la seguridad en México son verdaderas bombas de tiempo, pues son el blanco de numerosas enfermedades físicas, además de que un buen porcentaje vive bajo tremendas cuotas de estrés. Se hace eco de las manifestaciones del Rector del Colegio de Juristas, Jorge Manrique, informa que los 297.664 policías que hay en el país, están expuestos a altos grados de estrés, factor asociado con las principales causas de muerte como cáncer, enfermedades cardíacas, cirrosis de hígado, enfermedades pulmonares, accidentes e incluso suicidios, y que "Al estar en permanente contacto con factores estresantes ser policía se ubica como la profesión más peligrosa en el país seguida de guardias de seguridad privada, trabajadores de la industria química, de construcción y periodistas". "Hay tres policías deprimidos por cada trabajador de salud con este mal, que eran los que tradicionalmente presentaban más patologías asociadas con enfermedades mentales como el síndrome del quemado".

Afirma que los estresores negativos que enfrentan los policías se presentan de diferentes formas: desde una estrecha relación con criminales a situaciones de riesgo extremo, estrés postraumático, manejo y control de armas de fuego y punzocortantes o ataques físicos y psicológicos hacia otros seres humanos. Los cuerpos policiales están inmersos en un mundo de delincuencia, violencia y corrupción que a la larga tienen un fuerte impacto psicológico. El Colegio Jurista propone la contención psicológica de los policías en activo que busca una reestructuración emocional profunda de la persona que pueda tomar decisiones adecuadas y ser funcional laboral y familiarmente.

El objetivo del estudio de Souza et al. 2007, fue investigar la existencia de sufrimiento psicológico (considerado “desde el punto de vista de la tensión a que estos profesionales están sometidos en su trabajo”) entre los agentes de policía en base a las diferencias de género en la policía civil de la Ciudad de Río de Janeiro (Brasil). Se utilizó el cuestionario SRQ-20. Los resultados indican que no hay diferencia en la angustia psicológica entre los géneros, corroborando investigaciones previas. (148).

11 EL SERVICIO MÉDICO EN LA DGP

11.1 Historia del Servicio Sanitario y sus funciones dentro de la organización policial

- La Ley de 8 de marzo de 1.941, modificaba el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa. Al establecerse el carácter militar de la Policía Armada y de Tráfico, contaba con la asistencia Médica prestada por el Cuerpo de Sanidad Militar; las funciones atribuidas eran la emisión y control de las bajas y altas médicas, vigilancia del estado higiénico-sanitario de las dependencias y las propuestas de reconocimiento por los Tribunales Médicos Militares. Así Oficiales Médicos de las Fuerzas Armadas, se incorporan a destinos con carácter militar, a las Unidades y Guarniciones de la Policía Armada.
- Decreto de 31 de diciembre de 1941, en el Artículo 5º de ingreso en la Escala Superior de Mando, alude a la capacidad física, “la cual será declarada por un Tribunal Médico compuesto por facultativos al servicio de la Dirección General que designará el titular de ésta”.
- 16 de Marzo de 1942. La Dirección General de Seguridad en las instrucciones dictadas para su funcionamiento, establece (ya que los Funcionarios del Cuerpo General de Policía y Auxiliares de oficina no reciben asistencia sanitaria del Estado) que el Servicio Sanitario tenga dos organismos:
 - 1) El Cuerpo de Inspectores Médicos (que se regía por un Reglamento especial) y,
 - 2) Los Servicios Sanitarios de la Dirección que eran cubiertos por funcionarios del Cuerpo General de Policía con Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, y que tenían como misión:
 - a) Asistencia a detenidos, a Funcionarios del Cuerpo General de Policía y Auxiliar de Oficinas en cuantas veces lo solicitasen, a sus familias... Se realizaría en el Botiquín de la Dirección, y en caso de urgencia también en el domicilio.
 - b) Reconocimientos de los Funcionarios de Cuerpo General de Policía y de los aspirantes de nuevo ingreso “para determinar su aptitud física”, y a los detenidos “para su

informe sobre ingreso en reformatorios y campos de trabajo”.

- c) Inspección de la alimentación de los detenidos, el estado sanitario de éstos, dando cuenta a la superioridad, “librando en su caso el oportuno certificado de ingreso en el Hospital o sala de observación”.
- d) Inspección sanitaria de los Reformatorios gubernativos y Campos de trabajo.
- e) Desinfectará a los detenidos, ropas y enseres de los calabozos y los dormitorios de Policía Armada.

Hasta la aparición de la Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado de 7 de febrero de 1964 y el posterior Decreto de 23 de diciembre del mismo año, los funcionarios del Cuerpo General de Policía y Auxiliares de oficina no recibían asistencia sanitaria del Estado, por lo que ésta era prestada por el Servicio Sanitario de la Dirección.

- Orden del Ministerio de la Gobernación de 12 de noviembre de 1958, declaraba la aplicación para el Cuerpo de la Policía Armada y de Tráfico el cuadro de Inutilidades de la Guardia Civil.

A finales de los años 70 del pasado siglo se incorporó a la Jefatura Nacional del Servicio Sanitario de la Policía, un Oficial Médico Especialista en Psiquiatría, con motivo del aumento de los atentados terroristas.

- Aunque recientemente derogado por la LO 9/2015 de 28 de julio, es necesario exponer el contenido del Decreto 2038/1975, de 17 de julio, por el que se aprobaba el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa, un Reglamento que había sido aprobado con carácter provisional por RD de 25 de noviembre de 1930, habiéndose modificado por legislación posterior “en especial por la Ley reorganizadora de 8 de marzo de 1941” En la Segunda Parte, referida al Cuerpo General de Policía, Art. 135, párrafo tercero dice que “La Jubilación forzosa se declarará de oficio o a instancia del funcionario cuando padezca incapacidad permanente para el ejercicio de sus funciones, por inutilidad física, o por debilitación apreciable de facultades...”

Se establece, en este Reglamento Orgánico, como cometido principal del Servicio Sanitario en el Cuerpo General de la Policía, la verificación y

control de las bajas médicas y en los artículos 165, 166 y 167, como misión de los Servicios Médicos: “Cuando el funcionario no pueda desempeñar su cometido por enfermedad contraída o accidente producido en acto de servicio o con ocasión de él lo comunicará inmediatamente al Jefe de su Dependencia, quien a su vez lo hará al Servicio Sanitario (si se tratara de la plantilla de Madrid) o al Inspector Médico (si fuere de las demás provincias) para reconocimiento facultativo del interesado y extensión de la baja o informe contrario, según proceda...” y “Si el funcionario quedara inútil permanentemente para el servicio pasará a la situación de jubilado forzoso, por el Art. 135 párrafo tercero de este Reglamento”. Deberá acreditarse la enfermedad alegada, para la concesión de la licencia por enfermedad, y la no procedencia de jubilación por inutilidad física, “mediante certificación de un Facultativo de los Servicios Sanitarios o del Inspector Médico correspondiente o en su defecto de un Médico titular en funciones oficiales del Estado, provincia o municipio”. También contempla en los artículos 179 y 180, la incoación de expediente de resarcimiento por daños materiales, en acto u ocasión de servicio, y cuando el funcionario resultase lesionado, la instrucción de expediente para acreditar. “los hechos originarios, las lesiones sufridas, la capacidad o incapacidad derivada, y el importe de gastos de curación...”

El desarrollo del Decreto ubica al Servicio Sanitario en Madrid, denomina Inspectores Médicos a los profesionales médicos que desarrollan esta labor, y crea Inspecciones Médicas en las Jefaturas Superiores, con las mismas funciones. Compete también a estos servicios el “reconocimiento y asistencia a detenidos”.

Además del Servicio Médico del Cuerpo General de la Policía, está también el Servicio Sanitario del Cuerpo de la Policía Armada, (que recibe la asistencia sanitaria de los Médicos de las Fuerzas Armadas, al seguir teniendo dependencia y estructura militar).

- En la Sección Sexta de este Decreto artículos 367 a 372, se indican las funciones “Del Servicio Sanitario”: Art. 367 “El Servicio de Sanidad tendrá a su cargo calificar la aptitud física del personal que ingrese en las fuerzas de Policía Armada, vigilar su salud, cuidar su asistencia facultativa, y proponer para la declaración de inutilidad física a quienes se hallen incluidos en alguna de las causas previstas en el cuadro de exenciones de aquellas.

- Según el Art. 368. “La Jefatura de este Servicio integrada en la Inspección General corresponderá a un Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar con las misiones siguientes:
 - Primera. Informar sobre el estado sanitario de las Fuerzas y proponer cuantas medidas considere necesarias o convenientes para el funcionamiento del servicio, adquisición, conservación y empleo de su material y mejora de la salud del personal.
 - Segunda. Estudiar y preparar las modificaciones que estime pertinentes en el cuadro de inutilidades físicas para el ingreso y continuación en dichas Fuerzas.
 - Tercera. Inspeccionar por orden del General Inspector, el estado sanitario de las Unidades, Guarniciones y demás Dependencias y Fuerzas.
 - Cuarta. Proponer y dirigir las pruebas y cursos para la selección y formación del personal auxiliar sanitario.
 - Quinta. Disponer el archivo de los inventarios del material sanitario...”
- Art. 369. “Adscrito a dicha Jefatura, funcionará un Tribunal Médico compuesto por el propio Jefe del Servicio, como Presidente, y, como Vocales, por cuatro Jefes u Oficiales Médicos destinados en las Fuerzas, y que designe el General Inspector a propuesta del primero, actuando como Secretario el de menor empleo o antigüedad. El Tribunal tendrá misiones el reconocimiento y calificación definitiva de la aptitud física del personal que ingrese en el Cuerpo, y la realización de los exámenes facultativos e informes sobre los asuntos o actuaciones que por su importancia lo requieran, ya sean ordenados por el General Inspector o por el Jefe del Servicio”.
- Art. 370. “En las cabeceras de Circunscripción y en las Unidades o Guarniciones que determine el General Inspector, a propuesta del Jefe de los Servicios de Sanidad, prestará sus servicios facultativos el personal Médico del Cuerpo de Sanidad Militar destinado en las Fuerzas. En las demás Unidades y Guarniciones donde no haya personal médico propio, se podrá convenir, a propuesta del citado Jefe, la prestación de tales servicios por Médicos civiles”.
- Art. 371. Como auxiliar del Servicio Sanitario habrá el necesario personal sanitario elegido entre los miembros del Cuerpo de Policía Armada que tengan el título de Practicante de Medicina y Cirugía o el de Ayudante Técnico Sanitario, y en su defecto aquellos que sean estudiantes de medicina o de enfermería, y en último término, entre los cabos o Policías

Armados que acrediten tener conocimientos suficientes para tal cometido.

- Art. 418. “El retiro por inutilidad física (del personal del Cuerpo de Policía Armada) procederá cuando el interesado se halle incurso en alguno de los casos que se determinen dentro de los del cuadro de inutilidades para el ingreso y continuación en las Fuerzas de Policía Armada, acreditado mediante instrucción del oportuno expediente...”
 - Dice en el Art. 484, que el Personal de la Policía Armada “será indemnizado de los gastos de curación de las lesiones y de los daños sufridos, cuando unos y otros se hayan producido en acto de servicio o con ocasión de él”. Para acreditarlas se instruirá la oportuna información gubernativa.
 - Art. 486, el “personal del Cuerpo de Policía Armada gozará de los beneficios de la Seguridad Social, en las mismas condiciones que el de las restantes Fuerzas Armadas”. La prestación de la asistencia sanitaria, “bien a través de los consultorios y hospitales de los Ejércitos, a cuyos servicios debidamente indemnizarán, bien por medio de la contratación de los de otros Organismos facultativos análogos”
- Ley 55/1978, de 4 de diciembre, de la Policía, tuvo una vigencia, de casi ocho años. Por esta Ley, en el Cuerpo Superior de Policía se crea, con rango de Sección, la Inspección Médica, con Jefatura Nacional en Madrid, y con Inspecciones Médicas provinciales. Las vacantes se ocupan con funcionarios policiales con la Licenciatura de Medicina.

En el Cuerpo de la Policía Nacional se crea el Servicio Sanitario, con Jefatura Nacional ubicada en Madrid, y Unidades Médicas regionales en las cabeceras de cada una de las Circunscripciones o Regiones policiales, y en algunas Guarniciones provinciales. Dado el carácter militar del Cuerpo de la Policía Nacional, el personal médico, sigue perteneciendo a las Fuerzas Armadas (con iguales competencias que figuran en el Decreto de 1975).

- Orden de 19 de octubre de 1981 por la que se aprueba el Reglamento provisional de la Escuela Superior de Policía. El Centro tendrá un Gabinete Sanitario que “se organizará con arreglo a las directrices de la Sección de Sanidad de la Dirección General de la Policía... y las funciones las propias de la medicina general preventiva y de urgencia así como el control de las altas y bajas de Profesores y Alumnos...y contará también con un Gabinete de Orientación.

En 1983 se creó la Unidad de Investigaciones Psicosociológicas. Prestaba servicios de investigación, técnicas y métodos de gestión social, selección y asistencia psicológica a los funcionarios que lo demandaban.

- La Circular de 4 de marzo de 1985, publicada en la Orden General el 29 de marzo de 1985, dice que se debe considerar incluida en los derechos de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, “la debida asistencia psicológica a todos los funcionarios necesitados en los primeros estadios de los desajustes de su personalidad, para evitar el desarrollo de trastornos de conducta difícilmente reversibles y, a veces irreparables. Por ello con el fin de poder atender estas posibles situaciones individuales, este Centro Directivo, a través del Gabinete Psicosociológico que, cuando sea preciso, contará con la colaboración de la Sección de Sanidad, ofrece a todos los funcionarios dependientes del mismo, los siguientes servicios no incluidos en las prestaciones de MUFACE: Estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la personalidad; estudio diagnóstico y tratamiento de problemas familiares y/o desajustes personales; estudio, diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos y psicopatológicos en general; seguimiento individualizado en la reorientación profesional”.

La creciente demanda de asistencia psiquiátrica, precisó la colaboración del Especialista en Psiquiatría, la Unidad de Investigaciones Psicosociológicas y el Servicio de Psicología. Esto constituyó el origen de la Sección de Salud Mental.

- La Orden de 12 de junio de 1985 (derogada), desarrollaba la estructura básica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía. Los Servicios Sanitarios existentes en los Cuerpos Superior de Policía y los de la Policía Nacional, se integraban en la Sección de “Inspección médica” dependiente de la Inspección General de Servicios de División de Personal únicos tanto a nivel Central como Periférico, y .las Unidades de Psicología en la Subdirección General, Gabinete Técnico y de Coordinación, como “Investigaciones Psicosociológicas”

Antes de 1986, en el País Vasco, el Servicio Médico constaba con dos médicos y un ATS de la plantilla de la Policía Nacional. Existía un Gabinete médico-jurídico dependiente del Gobierno Civil de Vizcaya que no era utilizado por los Servicios Sanitarios del CNP. También existían iniciativas de apoyo y

colaboración de profesionales y servicios extra-policiales basados en relaciones personales.

En 1986, la plantilla queda reducida a un médico y un ATS. Y desde 1988, se estructura el Servicio Sanitario en el CNP, estableciendo las funciones y competencias en esa Región. Se incorporan algunos profesionales bajo la fórmula de “contratación temporal”, y se cuenta con la colaboración de la Clínica Puerta de Hierro y del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, como consultores externos.

- LOFCS 2/1986. Al fusionarse el Cuerpo Superior de Policía y la Policía Nacional, se produce la unificación de los Servicios Médicos de la Policía integrando en un solo Servicio Sanitario a los componentes de ambos servicios. Todos los miembros del Servicio Sanitario (Médicos, ATS, Psicólogos) ostentaban la condición de funcionarios policiales en distintas Escalas.

En este periodo el Servicio de Psicología de Policía Nacional se fusionó con el Gabinete de Investigaciones Psicosociológicas. El 12 de diciembre de 1986 se adscribe a este Gabinete al Servicio Sanitario, “para realizar reconocimientos ordinarios, emitir permisos de conducir y aquellas otras funciones que se crean oportunas”.

Orden de 17 de febrero de 1988, atribuye al Servicio Sanitario “la misión de gestionar todo lo concerniente a la promoción de la salud de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, la prevención de las enfermedades de mayor incidencia del colectivo, la salud ocupacional y prestar apoyo a la problemática asistencial”. Por esta Orden, (derogada) se aprobó el organigrama del Servicio Sanitario, con una Jefatura Nacional en Madrid, integrada por las secciones: Promoción de la Salud (Grupo de Medicina Preventiva y Grupo de Promoción de la Salud), y Salud Ocupacional (Grupo de Reconocimientos médicos y Grupo de Salud Mental).

También según esta Orden, en la Organización periférica policial existirían igualmente Unidades Sanitarias en distintas plantillas dependientes orgánicamente de las mismas y funcionalmente del citado Servicio Central, con similares cometidos, aunque circunscritos a su ámbito territorial de actuación, es decir a nivel de las Jefaturas Superiores: Unidades Regionales de Sanidad, y dependiendo de ellas las Unidades Provinciales de Sanidad.

Resolución número 60 de 13 de julio de 1990, del Director General de la Policía, establece Normas Provisionales sobre Organización, Dependencia y Funciones del Servicio Sanitario de la DGP, porque la falta de una norma específica “hace necesario establecer provisionalmente unas normas que regulen dicha materia, máxime tras el desarrollo de las previsiones de la LOCFS 2/1986 sobre Facultativos y Técnicos del Cuerpo Nacional de Policía”. Dispone que “el Servicio y Unidades Sanitarias se constituyen por equipos multidisciplinares, variables en su composición, según el órgano de que se trate e integrados, según los casos, por médicos, especialistas médicos, psicólogos, farmacéuticos, veterinarios, DUE-ATS, ATL, personal de apoyo administrativo y otros que se determinen”.

Los Servicios se estructuran en órganos, en razón de su ámbito de competencias en:

- a) Servicio Sanitario.
- b) Unidades de Sanidad de las Jefaturas Superiores de Policía.
- c) Unidades Provinciales de Sanidad.

Entre las muchas competencias del Servicio Sanitario:

1. “La evaluación e inspección del funcionamiento y gestión de los Servicios Sanitarios, y en particular de los programas de salud mental, prevención y promoción de la salud”.
2. “La participación en los Tribunales de Incapacidad determinando desde el punto de vista médico, las aptitudes psicofísicas de los funcionarios policiales objeto de evaluación de sus incapacidades”

Respecto a las funciones del Área de salud en el trabajo, expone en el apartado Salud mental lo siguiente: “Determinación de los factores que puedan incidir negativamente en la salud mental de los componentes del colectivo policial; Detección e incidencia de estos factores en grupos de riesgo; Detección precoz de psicopatologías; Orientación psicológica a los funcionarios policiales que tengan dificultades de obtenerla en otros centros; Facilitar a los responsables de las Dependencias policiales, información y medidas tendentes a mejorar las condiciones de trabajo que incidan en la salud mental de los funcionarios”.

En cuanto a la Inspección médica, comprenderá el control del absentismo laboral y la valoración de la incapacidad, teniendo entre otras funciones:

Verificar y constatar las causas de incapacidad transitoria para el servicio.

- a) Elaborar informes sobre las aptitudes psicofísicas de los funcionarios
- b) Emitir informes en las propuestas sobre incapacidad para el desarrollo de la actividad profesional de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.
- c) Realizar en su caso informes médicos sobre continuación en servicio activo, o pase a la situación de Segunda actividad con o sin destino de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.

Derechos y garantías: Esta Resolución punto Quinto, establece los “Criterios Generales de actuación del Servicio y las Unidades Sanitarias”, lo relativo a: independencia profesional del personal de los servicios sanitarios, acceso a los expedientes de salud, informes médicos sobre aptitud para el desempeño de puestos de trabajo derecho del policía a ser informado de los resultados de sus exámenes de salud... y otros.

- Resolución número 61 de 13 de julio de 1990 del Director General de la Policía, por la que se establece la normativa de los reconocimientos médicos de los funcionarios de la DGP que deriva directamente de lo requerido por la LOFCS, y los que se establece son:
 - a) Previo al ingreso en el CNP, y que se rige por el correspondiente Cuadro de Exclusiones Médicas.
 - b) Previo a la promoción interna y al desempeño de determinados puestos de trabajo.
 - c) Periódicos.
 - d) Especiales, “promovidos en razón de causa extraordinaria”.
 - e) Otros reconocimientos médicos.

Entre los objetivos de los reconocimientos médicos, está el “Comprobar las aptitudes físicas, psíquicas y sensoriales de los funcionarios policiales con objeto de determinar la adaptabilidad de los mismos a las tareas específicas que estuviesen desempeñando” y en su caso, si tras los correspondientes reconocimientos médicos, resultaran como “no apto”, para el puesto desempeñado, podrá ser necesario una reclasificación, readaptación, mediante cambio de puesto de trabajo (cambio de destino), a otro más acorde con sus

aptitudes o bien en los casos de mayor gravedad, proponer el pase a segunda actividad o a jubilado por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas, si esa incapacidad fuera permanente.

Se establecen en la Resolución, los protocolos Clínicos de aplicación y el tratamiento médico-administrativo, entre otros: Informe de aptitud, Propuesta de valoración de “Invalidez”

- Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía, “por la que se establecen normas sobre seguimiento y evaluación del absentismo laboral de causa médica, y tramitación de las propuestas de incapacidad en el ámbito de la Dirección General de la Policía” Afecta a todo el personal del CNP en las contingencias de Enfermedad común, Accidente fuera de servicio, Accidente en el servicio y Enfermedad profesional. La Circular 2/1990 de 30 de julio del Jefe del Servicio Sanitario establece instrucciones complementarias a esta Resolución, y por la Circular de 31 de octubre de 1990, de la Subdirección General de Gestión, se imparten instrucciones a los órganos periféricos de la puesta en funcionamiento de la misma

Con el fin de unificar criterios de actuación en todo lo relativo a posibles incapacidades laborales, pase a la situación de Segunda actividad por causas psicofísicas antes de cumplir la edad reglamentariamente establecida... mediante la Resolución nº 63, se crea la “Comisión de Valoración” como Órgano colegiado de calificación, asignando las funciones de evaluación de posibles incapacidades laborales.

La “Propuesta de valoración de la incapacidad” por Invalidez permanente o por pase a Segunda actividad, se puede realizar emitiendo el Informe clínico-laboral “en cualquier momento de la situación de IT en el que el Servicio Sanitario considere que la enfermedad o lesión es irrecuperable y presumiblemente definitiva”.

La iniciación del procedimiento de Jubilación o de Segunda actividad, podrá hacerse: a instancia del propio funcionario, o de oficio por la División de Personal o Secretaría General respectiva, o por el Servicio Sanitario o las Unidades de Sanidad ratificada por el Servicio Sanitario

- En la Circular número 7/1991, de 7 de noviembre, del Jefe del Servicio Sanitario, se establecen normas complementarias de seguimiento del absentismo laboral de causa médica derivado de determinadas contingencias y, la Circular 11 de 27 de abril de 1994 también del Jefe del Servicio Sanitario, establece un nuevo sistema de control y seguimiento de las bajas de origen psíquico manteniéndose anteriores normas de seguimiento del absentismo. Establece instrucciones sobre:

-

1. Procesos de incapacidad transitoria para el servicio de origen psíquico.

“A cada Unidad Sanitaria Provincial y Regional le corresponderá atender con especial cuidado el seguimiento de las bajas de origen psíquico, realizando todas aquellas actuaciones establecidas para el control de cualquier patología, también en este ámbito de la salud mental. Es esencial encauzar el tratamiento del paciente, seguir su curso clínico y controlar el proceso administrativamente”. Cada Unidad Sanitaria Periférica estará obligada a realizar las siguientes actuaciones:

1.1. Informe a la Superioridad, “...se hace necesario que cada Unidad Sanitaria valore los riesgos que pueda suponer para el individuo, los compañeros o la colectividad, el empleo de armas reglamentarias en aquellos casos de bajas motivadas por alteraciones psíquicas, e informe de tales extremos a los Jefes responsables del funcionario en cuestión”.

- RD 1556/1995, de 21 de septiembre de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994 Por este Decreto, se amplían las competencias del Tribunal Médico en la DGP en relación con el pase a Segunda actividad, y le capacita para dictaminar sobre la Incapacidad Permanente del funcionario para el servicio, adquiriendo la capacidad legal para los Expedientes de Jubilación de los funcionarios, sin necesidad de la participación de los Equipos de Valoración de Incapacidades.

Tanto la Orden del 10 de septiembre de 2001, como la Orden INT/2103/2005 de 1 de julio, indican que la Unidad/Jefatura de Atención Socio-Sanitaria, “Se responsabiliza de las funciones relacionadas con la asistencia social al personal del Cuerpo Nacional de Policía, de la planificación, seguimiento y control de las actuaciones en materia de salud laboral, así como del control del absentismo”.

- Resolución de fecha 1 de abril de 2009, del Director General de la Policía y de la Guardia Civil, indica instrucciones para la correcta tramitación de la

documentación relativa a enfermedad o accidente en el ámbito del Cuerpo Nacional de Policía. “Al ser el diagnóstico un dato de “salud” y, en consecuencia, gozar de una especial protección... se hace preciso dictar una serie de instrucciones para la tramitación de dichos partes... salvaguardando así el deber de secreto sobre esa categoría de datos”.

Disposición primera: el original del parte de enfermedad “pertenece única y exclusivamente al mutualista”.

Disposición segunda: “En las comunicaciones que hayan de realizarse entre las distintas Dependencias de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil (ámbito del Cuerpo Nacional de Policía), en relación con el mutualista de baja por enfermedad o accidente, únicamente deberá consignarse, en el caso de que sea necesario, el CÓDIGO del diagnóstico según el Código CIE-9-MC fijado en las copias del parte de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo, entregadas por el mutualista. En ningún caso y bajo ningún concepto dichas comunicaciones contendrán referencias de las enfermedades vinculadas al referido código, ni cualquier otro dato, aunque sea genérico, referido al tipo de padecimiento sufrido por el mutualista”.

- LO 4/2010, de 20 de mayo del Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía. Tipifica como falta muy grave Artículo 7. m) “la negativa injustificada a someterse a reconocimiento médico, prueba de alcoholemia o de detección de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, legítimamente ordenadas, a fin de constatar la capacidad psicofísica para prestar servicio”. Modifica los artículos 8, 9 y 16, la Ley Orgánica 9/2015.
- LO 9/2015, de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional. Artículo 80, “evaluación y control de las condiciones psicofísicas, para ello existirá un servicio sanitario cuyas competencias y organización se determinarán reglamentariamente, Los funcionarios serán además sometidos a vigilancia de la salud dentro del marco de actuación del Servicio de Prevención de Riesgos laborales.

11.1.1 Confidencialidad

La confidencialidad es un concepto muy amplio, que no se circunscribe sólo al ámbito clínico, también se refiere a la privacidad, la intimidad, y en conjunto al derecho de la persona a que no sean reveladas informaciones confiadas a otra u otras personas. En el marco clínico, la confidencialidad, podría ser equiparada al secreto médico.

Es un asunto muy importante en la Medicina del Trabajo, “los resultados de los exámenes médicos exigidos por la Ley, deben ser explicados a la persona reconocida. Sólo se informará a la empresa o institución pertinente, respecto a aptitud laboral...”

En la Resolución Número 60 de 13 de julio de 1990 del Director General de la Policía en el punto Quinto, apartado c) “Los informes médicos sobre la aptitud de los funcionarios policiales para el desempeño de puestos de trabajo... constando el mismo únicamente la conclusión de apto o no apto.”

El punto 3.9, de la Resolución Número 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía se refiere a la Confidencialidad. “Por el Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía, se extremarán las medidas para salvaguardar la intimidad de los datos clínicos que se posean de los funcionarios policiales, de forma que sólo tenga acceso a los mismos el personal sanitario. Todas las comunicaciones dirigidas a otras Dependencias de la Dirección General de la Policía exceptuando las que contemplan en materia de capacidad o incapacidad, no contendrán datos sobre el padecimiento del interesado”.

El Jefe de la División de Personal en una circular de 25 de noviembre de 1997, recuerda lo estipulado en las Resoluciones 60 y 63 de 1990 del Director General de la Policía, sobre el derecho a la intimidad y la confidencialidad de los datos relativos a la salud de los funcionarios. En este mismo sentido de la confidencialidad, la Circular de la División de Personal de la Dirección General de la Policía de 18 de diciembre de 1998 sobre funcionarios no sanitarios que tengan responsabilidades en parcelas que incluyen aspectos relacionados con materias sanitarias (licencias por enfermedad, reconocimiento de la contingencia de accidente de servicio...), dice que deben guardar el exigible secreto, en virtud de la obligación que tienen todos los funcionarios de respetar

la confidencialidad de la información a la que tengan acceso por razón de su cargo o condición.

La Ley Orgánica 2/1986, establece el secreto profesional como uno de los principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Tanto esta Ley Orgánica, como el Reglamento de Régimen Disciplinario del CNP, tipifican como falta disciplinaria muy grave “la violación del secreto profesional, y la falta del debido sigilo...”.

Por otro lado, la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, cuyo ámbito de aplicación, son los datos de carácter personal registrados en soporte físico que los haga susceptibles de tratamiento, así como toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores públicos o privados, prescribe el deber del secreto profesional. (Artículo 10).

La Orden INT/1751/2002 de 20 de junio regula los ficheros informáticos de la Dirección General de la Policía que contienen datos de carácter personal. Fue modificada por el apartado quinto de la Orden INT/3764/2004 de 11 de noviembre para adecuar la cesión de los datos del fichero SIGESPOL..., y por la Orden INT/2190/2006 de 19 de junio. Por su parte el Código Penal tipifica como delito la utilización indebida de datos, englobando conductas muy diversas...

El 21 de noviembre de 2.001, (reiterado el 14/04/2010), se publicó una Instrucción de los Subdirectores General Operativo y General de Gestión y Recursos Humanos, sobre la obligación de los miembros del C.N.P. de guardar secreto profesional respecto a todas las informaciones que conozcan por razón o con ocasión del desempeño de sus funciones.

Las aplicaciones informáticas existentes en la Dirección General de la Policía, disponen de diversos sistemas de control y registro de sus accesos, consultas y modificaciones.

12 LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS FUNCIONARIOS DEL CNP

El Servicio Sanitario de la DGP, ha sido definido, y proyectado su funcionamiento, como un servicio de Medicina laboral. Su desarrollo, tiene abundante normativa. Así:

Además de la LOFCS 2/1986, la Resolución número 61 de 13 de julio de 1.990 del Director General de la Policía, por la que se establece la normativa de los reconocimientos médicos de los funcionarios del CNP: 1) previo al ingreso en el CNP, 2) previo a la promoción interna y al desempeño de determinados puestos de trabajo, 3) periódicos, en razón de la edad y de la actividad, especiales promovidos en razón de causa extraordinaria, y 4) otros.

El Protocolo clínico previo al ingreso en el CNP, es importante, para la selección de los futuros funcionarios; es fundamental que se realice con procedimientos adecuados para comprobar que los futuros policías posean aptitudes “éticas, psicológicas y físicas apropiadas en el desempeño de sus funciones”.

Existe un cuadro de exclusiones médicas en el Reconocimiento Médico para ingreso en el CNP. En 1958, se aplicaba para el Cuerpo de la Policía Armada y de Tráfico el cuadro de Inutilidades de la Guardia Civil. En 1983 se aprobó un cuadro de exclusiones médicas. Es por la Orden del Ministerio del Interior de 11 de enero de 1.988, “por la que se establece el cuadro de exclusiones médicas para el ingreso en el Cuerpo Nacional de Policía”. El cuadro figura en el ANEXO, de la Orden. La única actualización realizada es la que concierne a la estatura mínima exigida a los aspirantes.

El reconocimiento se incluye dentro del proceso selectivo para ingreso en el citado Cuerpo, La finalidad es comprobar si el aspirante reúne las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para el desempeño del puesto de trabajo, de forma que el aspirante admitido sea el más idóneo, física, actitudinal y aptitudinalmente para el desempeño de todas las tareas policiales, teniendo en cuenta las exigencias que requiere el trabajo, la protección de la vida, la protección de la integridad física y la seguridad de las personas, del propio funcionario y también la de sus compañeros. En los procesos selectivos, en la

valoración de los aspirantes al ingreso en el CNP, deben extremarse los filtros para evitar lo más posible que ingresen personas con personalidades patológicas, como por ejemplo el que trata de compensar un sentimiento de inferioridad mediante la aparente autoridad, y “superioridad” que invertiría el cargo, u otros que pueden parecer sólo sentirse atraídos, por la aventura y el riesgo que esta profesión presumiblemente les ofrece.

Los datos del reconocimiento previo se incorporan, una vez superado el proceso selectivo, al historial clínico-laboral del que ha pasado a ser funcionario.

12.1 Control del absentismo

En el año 1989, se realizan estadísticas, iniciándose la cuantificación del absentismo. En 1994 se crea la primera Base de Datos Nominal de Bajas en Salud Mental. Es en 1998 cuando se instaura la Sección de Absentismo en el Servicio Sanitario Central con grabación nominal de bajas e introducción del índice de absentismo.

Año 2.004: La grabación y explotación de datos de absentismo se realiza a través del Fichero SIGESPOL, de forma que la Secretaría General de cada dependencia policial, graba a diario en esta aplicación informática todas las notificaciones de baja, incluyendo únicamente datos de filiación y fecha de la baja. Posteriormente, los Servicios Médicos en la misma aplicación graban los códigos de la enfermedad diagnosticada al funcionario, en código WONCA (38) y en Código CIE-9-MC. (36)

Resolución de fecha 1 de abril de 2009, del Director General de la Policía y de la Guardia Civil, por la que se imparten instrucciones para la correcta tramitación de la documentación relativa a enfermedad o accidente en el ámbito del CNP. Dice la Disposición segunda que en relación con el mutualista de baja por enfermedad o accidente, únicamente deberá consignarse, en el caso de que sea necesario, el Código del diagnóstico según el Código CIE-9-MC fijado en las copias del parte de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo.

LO 9/2015 de 28 de julio, Artículo 80.3. “Corresponderá a los órganos de inspección sanitaria de la Policía Nacional el control y la revisión de las bajas por insuficiencia temporal de condiciones psicofísicas, en los términos establecidos en la normativa vigente, sin perjuicio de las competencias de la Mutuality correspondiente en el ámbito de las situaciones de incapacidad temporal”.

12.2 Control de las condiciones psicofísicas

Viene formulada en la LOFCS 2/1986 cuando expresa en su Preámbulo, que dada la peculiaridad del servicio público que tienen asignado, la singularidad de las labores policiales y la necesidad de un adecuado equilibrio psicológico para realizarlas “los funcionarios de policía materializan el eje de un difícil equilibrio de pesos y contrapesos, de facultades y obligaciones ya que deben proteger la vida y la integridad de las personas...” lo que requieren la garantía de equilibrio psicológico y adecuadas condiciones físicas.

En el Anexo de la Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía, dice que el Servicio Sanitario de la DGP “tiene encomendadas acciones relacionadas con el absentismo laboral de causa médica de la plantilla policial, con el fin de conocer en cada momento los padecimientos de los funcionarios policiales y hacer un seguimiento de los mismos, en orden a encauzar su recuperación asistencial; seguir los procesos clínicos desde su inicio “por si de los mismos se derivasen limitaciones que diesen lugar a expediente de invalidez”.

En las Normas de actuación del Servicio Sanitario y de las Unidades de Sanidad, consta la “Propuesta de valoración de la incapacidad” si se considera que la enfermedad o lesión es irrecuperable y presumiblemente definitiva”.

Y en el Artículo 80 de la LO 9/2015, dice:

1. La Policía Nacional velará por que sus miembros mantengan las condiciones psicofísicas necesarias para el desempeño de sus funciones. A tal fin existirá un servicio sanitario cuyas competencias y organización se determinarán reglamentariamente. A tal efecto se podrán celebrar contratos o convenios de colaboración con profesionales médicos o entidades sanitarias públicas o privadas.

2. Los funcionarios serán sometidos a una vigilancia de la salud en la forma que se determine en el plan de prevención de riesgos laborales y dentro del marco de actuación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

3. Corresponderá a los órganos de inspección sanitaria de la Policía Nacional el control y la revisión de las bajas por insuficiencia temporal de condiciones psicofísicas, en los términos establecidos en la normativa vigente, sin perjuicio de las competencias de la Mutualidad correspondiente en el ámbito de las situaciones de incapacidad temporal.

12.3 Salud Mental en el colectivo policial

Un policía tiene que tomar decisiones de enorme relevancia en segundos, la vida de personas está en sus manos. Los policías reciben entrenamiento para afrontar situaciones estresantes, pero están expuestos en su diario trabajo a ser objeto de violencia, de agresiones con o sin lesiones físicas, y portan armas, por lo que problemas mentales previos junto a acontecimientos vitales sociales personales, familiares, laborales, o enfermedades físicas pueden favorecer el incremento del riesgo en su actividad laboral.

En Galicia se ha creado en marzo de 2015, un recurso psicológico, un Programa de asistencia psicológica y ayuda emocional “ViveCNP”, compromiso por la vida. Está gestionado por Policías y se dirige a los miembros del CNP que necesiten ayuda. Pone a disposición de los agentes un servicio de asistencia, valoración y orientación totalmente confidencial y a cargo de psicólogos policías, y avalado por el SUP Sindicato Unificado de Policía de Galicia, de quien depende y es independiente de la Administración.

Los acontecimientos traumáticos, las situaciones extremas, pueden transformar la vida de una persona y enfermar. Otras personas, por el contrario, tras la experiencia traumática, el afrontamiento, la resistencia, o la resiliencia... llevan a un ajuste saludable post-traumático, construyendo nuevos sistemas de valores, y manteniendo un equilibrio estable. La resiliencia se ha definido Manciaux (2001), como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos

desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. (93).

La planificación de la atención psiquiátrica en la DGP, al igual que el resto de las actuaciones sanitarias, se basa en lo prioritario, en los plazos, en los procedimientos administrativos a seguir, considerando necesidades, recursos, legislación vigente en la organización funcionarial, y conocimiento de la morbilidad de las diversas patologías físicas y psíquicas de los funcionarios.

Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, conforman un colectivo que, por su singular cometido, en su quehacer profesional, se ve sometido habitualmente a situaciones de riesgo y en algunas ocasiones en alto riesgo (actos terroristas, manifestaciones violentas...). Las situaciones extremas de riesgo, conllevan como es lógico una elevada tensión emocional y exige del que las desarrolla un grado de equilibrio y autocontrol emocional muy alto e inusual en otras profesiones u oficios y que en ocasiones pueden incidir negativamente en su equilibrio psíquico

Un policía lo largo de la jornada diaria de trabajo se puede enfrentar a numerosas situaciones críticas, que independientemente de su preparación táctica, física y psicológica pueden generar consecuencias no deseadas. Trabaja en un contexto particularmente violento en una realidad como protagonista y como espectador “privilegiado” de homicidios, suicidios, persecuciones, peleas, rehenes, catástrofes, atentados terroristas, mujeres o niños maltratados... Si una persona ha sido preparada profesionalmente para enfrentarse a estas situaciones, conoce la respuesta y tiene herramientas de efectivas que facilitan la elaboración de los hechos.

La psicopatología que aparece en el medio laboral no sólo está relacionada etiológicamente con la actividad laboral en muchos casos, los conflictos laborales tienen su origen en rasgos de personalidad patológicos que favorecen conductas desadaptativas. Los problemas laborales, la conflictividad laboral, no pueden considerarse enfermedad, pero son situaciones, que en algún caso pueden requerir Baja laboral por patología psiquiátrica (Trastorno adaptativo ansioso-depresivo CIE-10 F43.22) reactivo a conflicto laboral, y esto es lo que suelen informar los Médicos en las Bajas inicial, o los especialistas en sus informes.

En general, las situaciones se refieren a relaciones interpersonales en el trabajo, con Jefes, compañeros o subordinados, o problemas familiares que se proyectan en lo laboral, situaciones legales judicializadas, estar pendientes de juicios, demandas o resarcimientos, o tener abiertos Expedientes Disciplinarios, todo ello alarga la IT, y la patología tiene una evolución distinta de otras bajas psiquiátricas con igual diagnóstico.

La salud en general, y la mental en particular en el CNP es controlada por los diferentes Servicios Médicos ubicados en las Regiones Policiales del territorio Nacional, través de los reconocimientos médicos periódicos y especiales.

El funcionario puede acceder a estos Servicios médicos, a petición propia, por los controles médicos periódicos, por haber causado baja laboral o por haberlo solicitado sus superiores. Los médicos y psicólogos de estas Unidades, realizan el seguimiento, valoran el cuadro clínico y los informes que aporta el funcionario expedidos por los especialistas de Muface que le tratan, y realizan un Informe Clínico-laboral, que remiten al Servicio Sanitario Central.

Cuando por la patología psiquiátrica que presenta, el funcionario acude a la Sección de Salud Mental del Servicio Sanitario Central, puede hacerlo: a petición propia, por haber sido derivado por los médicos de las Unidades Sanitarias, por estar en IT, por haberlo solicitado sus superiores, Régimen Disciplinario u otros.

Es citado oficialmente. Los motivos: solicitar asesoramiento, baja laboral prolongada en el tiempo, agravamiento de patologías, solicitud de informes de aptitud... Se le valora desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, tras lo cual se emiten los correspondientes informes solicitados, y a la vista de la situación clínica y laboral, puede proponerse que continúe de baja por no haber agotado las posibilidades terapéuticas, continuando el seguimiento en su Unidad Sanitaria, o bien iniciar un cambio de situación administrativa a Segunda actividad o a Jubilación por IP.

En ocasiones el funcionario llega a la Sección de Salud Mental de la DGP, "llevado por compañeros". De esto puede derivarse un ingreso hospitalario urgente, gestionándolo desde la propia consulta y solicitando al mismo tiempo la retirada cautelar de armas tanto oficial como particulares que tuviera.

La Sección de Salud Mental valora de inmediato a los funcionarios que han realizado intento de suicidio y también a los que han sufrido eventos traumáticos (atentados, agresiones, ser testigo de muerte de compañeros, u otros), casos relacionados con alcohol y/o drogas, conductas disruptivas u otros motivos que incidan negativamente en el terreno personal y laboral de policía.

Y no olvidar que los policías son agredidos. En España, la Asociación Profesional de Policía, Centro de Estudios Policiales, 2010, publicó el 13 de mayo de 2010, que las agresiones a policías se producen diariamente. Desde el año 2000 al año 2008, último año con estadísticas a este respecto, se han contabilizado un total de 86.523 delitos de agresiones a policías, una media de 10.815 agresiones a policías cada año, lo que supone la cifra de que diariamente 30 policías son agredidos cuando cumplen con su deber. El informe, lo han realizado, tomando datos recogidos de fuentes oficiales como son los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior o los datos del Instituto Nacional de Estadística. (7).

Los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior, recogen el total de detenciones producidas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Policía y Guardia Civil) así como por la Policía Autónoma Vasca (Ertzaintza) desde el año 2000 hasta el año 2006. Desde el año 2006 hasta el año 2008 con los obtenidos del Instituto Nacional de Estadística.

El aumento de agresiones a policías es un 66,4% más que ocho años antes “Si tenemos en cuenta que el número de agentes policiales en España, según el Balance 2008 del Ministerio del Interior sobre la Evolución de la Criminalidad, es de 142.228 policías y que estos han sufrido en tan solo 8 años un total de 86.523 agresiones, nos da como resultado que al menos el 60,8% de los Policías y Guardias Civiles de nuestro país han sido agredidos en alguna ocasión”.

¿Son castigados por la justicia estos delitos?, El Instituto Nacional de Estadística contabiliza el número de condenas por delito cometido durante el periodo 2007-2008, y las Estadísticas Nacionales de Instituciones Penitenciarias, los reclusos que han internado en penitenciarías durante el periodo 2007-2008 por delitos contra el orden público. Para esta Asociación Profesional de Policía, el resultado es que la justicia condena a menos de la mitad de los detenidos por agresiones a policías, de ellos un porcentaje inferior

al 1% ingresan en prisión, por lo que la mayoría de los detenidos por estos hechos no son tan siquiera condenados.

Hay que tener en cuenta en los “Delitos contra Policías”. la Ley Orgánica 1/2015 , de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de diciembre del Código Penal (BOE, núm. 77 de 31 de marzo de 2015), cambia el anterior art. 550 siendo ahora el 240, y queda redactado así: “Son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieran resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o los cometieren, cuando se hallen en el ejercicio de las funciones de sus cargos o con ocasión de ellas”.

La media de delitos contra la Policía en el bienio 2000-2001 fue de 7458 y en el bienio 2007-2008 la media fue de 12.415, lo que supone un aumento de agresiones a policías de un 66,4% en esos 8 años.

12.4 Expediente Clínico-laboral

El Expediente Clínico-Laboral se compone de de diversos documentos clínicos y administrativos. Uno de ellos es la Historia Clínica del funcionario. También contiene el Expediente, Pruebas diagnósticas complementarias e informes realizados en el Servicio Médico de la DGP, y otros de uno o varios especialistas, aportados por el funcionario a los médicos de la URS o UPS. En ellos puede contenerse un diagnóstico codificado o no, o limitarse a una mera descripción sintomática, lo que dificulta el posterior tratamiento estadístico.

En el Expediente, si el funcionario ha tenido periodos de IT, consta información de las bajas médicas, comúnmente expedidas por el médico de Familia, que es en general, el primero que atiende al funcionario. La Incapacidad laboral se codifica en los partes médicos de Baja de MUFACE utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª versión (CIE-9-MC). Y si ha sido reconocido una o más veces por el Tribunal Médico de la DGP consta también: Dictamen, Acta y Resolución del Director General de la Policía.

El Informe Clínico-Laboral, se realiza en: las Unidades Provinciales, las Unidades Regionales de Sanidad o en el Servicio Central de Sanidad. En el

ANEXO VI de la Resolución nº 63 se desarrolla para la Cumplimentación del Informe Clínico cada uno de los siguientes apartados:

1. Datos de identificación del funcionario, cumplimentando: actividad desempeñada en el momento de la baja, “Escala”, periodos de incapacidad transitoria para el servicio, fecha de inicio del periodo actual de baja, y motivo de la propuesta.
2. Antecedentes familiares y personales “que tengan relación con la valoración de la invalidez del cuadro clínico del enfermo”.
3. Patología alegada por el enfermo, con “mención a aquellos síntomas y signos que el enfermo considera justificativos de su permanencia en IT”.
4. Resumen de la evaluación. “Se hará mención a los siguientes datos: fecha de inicio de la enfermedad, cuidados, intervenciones, complicaciones, periodos de hospitalización, etc.”
5. Cuadro clínico y diagnóstico: Anamnesis; Exploración física por aparatos y sistemas, y se reflejarán las limitaciones funcionales de los aparatos y sistemas afectados; Diagnóstico, se confirmará el diagnóstico del enfermo y la posible etiología en su caso, y en el supuesto de varios diagnósticos vendrán recogidos por el orden de su repercusión invalidante.
6. Tratamiento: Tratamientos establecidos, médico, quirúrgico y rehabilitador; Tratamientos posibles; Cuidados médicos o paramédicos o de prótesis.
7. Pronóstico teniendo en cuenta diagnóstico, etiología, tratamiento, evolución, otras circunstancias: mejoría, estabilización, agravación.
8. Circunstancias sociolaborales, que complementen el panorama del cuadro invalidante (aptitudes que exige el puesto de trabajo que desarrolla en el momento de la baja, circunstancias sociolaborales). “En el caso de bajas por patologías psiquiátricas se acompañará historial laboral del funcionario en donde se refleje los posibles incidentes ocurridos en el servicio”.
9. Juicio clínico-laboral. Propuesta: “Razonamiento de la limitaciones derivadas del proceso clínico que inciden sobre la función policial y propuesta de situación administrativa aconsejable”.

Los Informes Clínico-Laborales emitidos por las Unidades Regionales o Provinciales, se remiten al Servicio Central de Sanidad que valora dichos informes, con la finalidad de aunar criterios reconocer las patologías que

inciden negativamente en el ejercicio profesional, y si procede, iniciar un cambio de situación administrativa de oficio.

13 VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD EN EL CNP

Por la LO 9/2015 de 28 de julio, Art. 80.3. “Corresponderá a los órganos de inspección sanitaria de la Policía Nacional el control y la revisión de las bajas por insuficiencia temporal de condiciones psicofísicas, en los términos establecidos en la normativa vigente, sin perjuicio de las competencias de la Mutualidad correspondiente en el ámbito de las situaciones de incapacidad temporal”.

Cuando se prolonga el periodo de incapacidad temporal del funcionario o cuando tiene sucesivos periodos de incapacidad temporal, se plantea la posibilidad de iniciar un cambio de situación administrativa a Segunda Actividad o a Jubilación por IP, al considerarse estable el cuadro clínico o de suficiente gravedad como para pensar que no existen posibilidades de recuperación funcional para el desempeño del trabajo que venía realizando en el CNP.

Hay que realizar una valoración, para saber si el funcionario es capaz o incapaz para su trabajo. Desde el punto de vista médico se trata de apreciar el detrimento o menoscabo en las capacidades psicofísicas, ya sea por enfermedades, lesiones, o secuelas... que le ocasionan limitaciones orgánicas y funcionales, y que pueden impactar en los requerimientos específicos de la profesión, o el puesto de trabajo, o en su rendimiento profesional (exigencias laborales). Hay que determinar en definitiva si el funcionario está incapacitado y en qué grado para su profesión. Es esta limitación para el desempeño laboral, la que determina la incapacidad, no el diagnóstico médico por sí solo. En el caso de los funcionarios de la DGP son de gran importancia tanto la profesión en sí, como los requisitos personales y profesionales que precisa, y los riesgos derivados.

Por ello es imprescindible para la valoración de la capacidad o de la incapacidad, estudiar meticulosamente todos los informes que constan en el Expediente Clínico-Laboral: médicos y de otros especialistas, así como las pruebas diagnósticas complementarias, y sobre todo en el caso del trastorno mental que puede privar al policía de capacidad para enjuiciar correctamente la realidad de la situación, con el peligro de perjudicar a terceros, y a su propia seguridad. A esta valoración documental se unirá además el reconocimiento que se realice al funcionario en el contexto del Tribunal Médico de Incapacidades de la DGP.

13.1 Tribunal Médico de evaluación de la incapacidad de los funcionarios policiales

Marco legislativo y procedimiento.

A) TRIBUNALES MÉDICOS MILITARES

Por la Ley de 8 de marzo de 1941, al establecerse el carácter militar de la Policía Armada y de Tráfico, contaba con la asistencia Médica prestada por el Cuerpo de Sanidad Militar; las funciones atribuidas eran la emisión y control de las bajas y altas médicas, vigilancia del estado higiénico-sanitario de las dependencias y las propuestas de reconocimiento por los Tribunales Médicos Militares. Decreto de 31 de diciembre de 1941. En el Art. 5 de ingreso en la Escala Superior de Mando, alude a la capacidad física, “la cual será declarada por un Tribunal Médico compuesto por facultativos al servicio de la Dirección General que designará el titular de ésta”.

El Decreto 2038/1975, ubica el Servicio Sanitario en Madrid. En el Art. 369, dice: “Adscrito a dicha Jefatura, funcionará un Tribunal Médico compuesto por el propio Jefe del Servicio, como Presidente, y, como Vocales, por cuatro Jefes u Oficiales Médicos destinados en las Fuerzas, y que designe el General Inspector a propuesta del primero, actuando como Secretario el de menor empleo o antigüedad. El Tribunal tendrá misiones el reconocimiento y calificación definitiva de la aptitud física del personal que ingrese en el Cuerpo, y la realización de los exámenes facultativos e informes sobre los asuntos o actuaciones que por su importancia lo requieran, ya sean ordenados por el General Inspector o por el Jefe del Servicio”.

RD 230/1982, de 1 de febrero, por el que se crea la Segunda actividad para personal del Cuerpo de la Policía Nacional, a la que podrán pasar los que antes de cumplir las edades determinadas, tengan disminuidas las facultades psicofísicas o profesionales...previo dictamen del Tribunal Médico. Según la Orden de 16 de abril de 1982 podrán ampliar la edad de pase a Segunda actividad, siempre que lo solicite, y reúna las debidas condiciones psicofísicas apreciadas por un Tribunal Médico que radicará en la Inspección General de la Policía Nacional.

B) COMISIÓN DE VALORACIÓN

Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990, del Director General de la Policía. Dice que con el fin de unificar criterios de actuación en todo lo relativo a posibles incapacidades laborales, se crea la “Comisión de Valoración”, asignando las funciones de evaluación de posibles incapacidades laborales

La Comisión de Valoración Órgano colegiado de calificación compuesto por:

- a) Un Presidente: El Subdirector General de Gestión.
- b) Un Vicepresidente: El Jefe de la División de Personal, quién sustituirá al Presidente en caso de ausencia de éste.
- c) Seis Vocales: el Jefe del Servicio Sanitario, un representante de la Dirección General Operativa, un representante de la División de Personal, un representante de la División de Formación y Perfeccionamiento, y un representante de la División de Gestión Económica.
- d) Un Secretario, Facultativo de la especialidad de Derecho adscrito a la División de Personal.

Era una Comisión multidisciplinaria participaban miembros de: Personal, Gestión Económica, Formación, Subdirección Operativa y Servicio Sanitario. A petición del Jefe del Servicio Sanitario, y con conformidad del Presidente, podrán actuar como asesores los especialistas médicos que se requieran. Sus competencias, entre otras: Evaluar a aquellos funcionarios que por su estado psicofísico derivado tanto de acto de servicio o como consecuencia de él, como de enfermedad o accidente común debiera pasar a la situación de jubilados por incapacidad permanente para el servicio, levantando Acta al respecto. Evaluar a aquellos funcionarios que por su estado psicofísico, debieran pasar a la situación de Segunda Actividad, realizando una evaluación global del expediente con todos los aspectos que concurren en él y supervisando los antecedentes laborales del funcionario.

Esta Comisión de Valoración se suprimió mediante la Orden General nº 1013 de 30 de octubre de 1995, Resolución de la DGP de 23 de octubre de 1995, entrando en funcionamiento el Tribunal Médico de la DGP.

C) UVMI.

Los cambios legislativos afectaron al procedimiento para la declaración de IP a los colectivos incluidos en el ámbito de las Clases Pasivas en este caso al CNP, donde las competencias en materia de IP eran anteriormente realizadas en exclusiva por las Unidades Médicas de Valoración de de Incapacidades, que son suprimidas por el RD 1300/1995 (constituyéndose los EVI), siendo asumida la evaluación de Segunda actividad, y de Jubilación por IP, por el Tribunal Médico de la DGP.

D) TRIBUNAL MÉDICO DE LA DGP

Es un Órgano Colegiado que se rige como tal por la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, Capítulo II Órganos Colegiados, y concretamente los Art. 22 a 27 que tratan de: Régimen, Presidente, Miembros, Secretario, Convocatorias y sesiones, y Actas. Modificada por la Ley 4/1999.

El Tribunal Médico valora la Insuficiencia de las aptitudes psicofísicas: si el funcionario tiene limitaciones funcionales que le impidan o minoren de forma manifiesta y objetiva su capacidad para el uso y manejo de armas de fuego u otros medios reglamentariamente establecidos de defensa, o para la intervención en actuaciones profesionales, con riesgo para la vida e integridad física del propio funcionario, de otros funcionarios con los que intervenga o de terceros” y además que se prevean de duración permanente o no se estime posible continuar en IT dentro de los periodos de temporalidad establecidos.

Está encuadrado en el Servicio Sanitario, tiene asignadas funciones de valoración de la incapacidad psicofísica y de realizar propuestas de cambio de situación administrativa de los funcionarios del CNP, por disminución de las capacidades psicofísicas, a:

- 1) Segunda Actividad, articulado por el RD 1556/1995, o bien, a:
- 2) Jubilación por Inutilidad Física, legislado en el RD 397/1996, de manera semejante a la valoración que se realiza por los EVI en el INSS.

La competencia de ambas valoraciones de incapacidad o de verificación de lesiones es asumida por el Tribunal Médico de la DGP, ajustándose a lo propuesto en el RD 1556/1995. Las propuestas de los cambios de situación administrativa de los funcionarios son remitidas al Director General de la

Policía, para su resolución. (En el INSS, que es la Entidad gestora de la Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, las propuestas de los EVI son remitidas al Director Provincial del INSS que corresponda, el cual realiza la resolución).

El Tribunal Médico de la DGP, como Órgano colegiado con competencias en el ámbito nacional, realiza la valoración médica de las incapacidades de los funcionarios del CNP, es decir de los Policías Nacionales. Es único en España y está ubicado en Madrid, en el Servicio Sanitario Central. No tiene atribuciones para valorar a otros policías locales, municipales o autonómicos, ni a otros funcionarios civiles del Estado, y tampoco a personal administrativo o contratado que preste servicios en la DGP. El Tribunal Médico fue creado como un órgano asesor para valorar y proponer incapacidades psicofísicas tanto invalidantes como no invalidantes.

Por el RD 1556/1995 se ampliaron las competencias del Tribunal Médico en la DGP en relación con el pase a Segunda actividad, y le capacita para dictaminar sobre la IP del funcionario para el servicio, adquiriendo la capacidad legal para los Expedientes de Jubilación de los funcionarios, sin necesidad de la participación de los EVMI, como ocurría cuando existía la Comisión de Valoración.

Art. 12. Tribunal Médico.

1. El Tribunal Médico encargado de apreciar la insuficiencia física o psíquica, será nombrado por el Director General de la Policía y estará compuesto por un Presidente y tres Vocales, con sus correspondientes suplentes, designados entre personal Facultativo Médico del CNP. A solicitud del Presidente, el Director General de la Policía podrá acordar la participación de especialistas de la Dirección General de la Policía, o ajenos a la misma si ésta no dispone de aquellos.
2. Podrá existir un Tribunal Médico único, a nivel nacional, o varios tribunales, con el ámbito territorial de competencias que se determinen para cada uno de ellos en la resolución por la que sean designados.
3. Para facilitar el funcionamiento, el Tribunal contará con un Secretario que habrá de ser un funcionario.

Art. 13. Actuación del Tribunal.

1. Para la válida constitución del Tribunal, a efectos de celebración de sesiones, deliberaciones y toma de acuerdos, se requerirá la presencia

del Presidente y Secretario o, en su caso de quienes les sustituyan, y de dos Vocales. Levantará acta de cada una de las sesiones y emitirá dictamen razonado sobre la procedencia del pase a la situación de segunda actividad del funcionario o de su incapacidad permanente para el servicio a efectos de la declaración de jubilación.

2. El Tribunal se regirá por lo establecido en el capítulo II del Título II de la Ley 30/92 de 26 de noviembre.

Art. 14. Tramitación del procedimiento.

1. El procedimiento para determinar el pase a la situación de segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas podrá iniciarse de oficio o a instancia de la persona interesada quien podrá alegar lo que estime conveniente en defensa de su pretensión.

2. Recibida la petición o adaptado el acuerdo, con los informes y demás documentación pertinentes se dará traslado al Tribunal Médico, quien procederá a citar al interesado para su reconocimiento... A efectos de la práctica del reconocimiento, el Tribunal decidirá en cada caso si se realiza por todos sus miembros en pleno, por alguno de éstos por delegación de aquél o por otros facultativos.

3. En el caso de que el funcionario estuviera impedido para personarse ante el tribunal, éste proveerá de inmediato lo necesario para que sea examinado en su domicilio o en el centro sanitario en que se hallase internado.

4. Si el funcionario no compareciera voluntariamente, se le reiterará por una sola vez la convocatoria, y de no hacerlo ni justificar la causa que se lo impida, el Tribunal, en base a los documentos clínicos o de otra índole que pudieran obrar en su poder o que haya podido obtener, emitirá el dictamen que proceda, sin perjuicio de la responsabilidad exigible al funcionario citado en el orden disciplinario.

En este caso, si el procedimiento se hubiera iniciado a instancia del propio funcionario y el dictamen médico fuera contrario a su pretensión, el expediente se archivará sin más trámite.

Si, no obstante la incomparecencia del funcionario, si el Tribunal detectase la existencia de insuficiencias físicas o psíquicas en aquél suficientes para producir el pase a la situación de segunda actividad, el expediente continuará su tramitación aunque se hubiera iniciado a instancia de parte.

Art. 15. Iniciación del expediente de jubilación.

Una vez emitido el dictamen razonado sobre la existencia de incapacidad permanente del funcionario para el servicio, en los términos del párrafo c) del apartado 2 del artículo 28 del vigente texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado, el Tribunal Médico dará traslado del mismo junto con el Acta de la sesión a la Dirección General de la Policía para que continúe la tramitación del expediente a efectos de su resolución.

Art. 16. Finalización del procedimiento.

1. De todo lo actuado se dará traslado al interesado quien podrá alegar lo que estime pertinente en defensa de sus intereses en el plazo de quince días.
2. A la vista de los dictámenes emitidos, de la documentación obrante en el expediente, y teniendo en cuenta las alegaciones efectuadas en su caso por el interesado, se elaborará la correspondiente propuesta de resolución al Director General de la Policía.
3. Los expedientes en los que la propuesta de resolución no sea acorde con la pretensión de los interesados, serán sometidos, antes de su resolución definitiva a informe de la Comisión en asuntos de personal del Consejo de Policía.
4. A la vista de lo actuado, el Director General de la Policía dictará el acuerdo procedente, que pondrá fin a la vía administrativa.

Art. 17. Revisión de las aptitudes psicofísicas.

1. Quienes se encuentren en situación de segunda actividad por insuficiencia de las facultades psicofísicas, y teniendo en cuenta la naturaleza de las mismas, podrán ser sometidos a revisiones médicas periódicas, hasta el cumplimiento de la edad en la que les corresponde pasar a dicha situación.
2. Cuando se entienda que las circunstancias que motivaron el pase a esta situación por dicha causa hayan variado, ya sea por disminución o incremento de las insuficiencias psicofísicas, se procederá, bien de oficio o a instancia de parte, a su revisión, siguiéndose el procedimiento establecido para el pase a la situación de segunda actividad por insuficiencia de las facultades psicofísicas, a fin de determinar si procede el reingreso del interesado a la situación de servicio activo, la instrucción del expediente de jubilación o la continuidad en aquella situación.

13.2 Tramitación del procedimiento de cambio de situación administrativa de los funcionarios del CNP

El inicio puede realizarse de oficio (a solicitud de la Unidad Provincial de Sanidad, de la Unidad Regional de Sanidad, del Servicio Sanitario Central u otros) o a petición propia es decir a instancia del interesado, siendo éste el que aporta los informes médicos y pruebas complementarias de médicos de entidades colaboradoras de MUFACE o de médicos de la Seguridad Social, si es que él ha elegido esta cobertura sanitaria.

Las IT de larga duración, bajas muy prolongadas en el tiempo, no pueden calificarse como IP, mientras el paciente sea susceptible de un tratamiento médico, y si no están agotadas las posibilidades terapéuticas, pero puede iniciarse un procedimiento de IP cuando se han agotado los plazos máximos, cuando se cronifica, cuando el pronóstico es desfavorable y el trastorno previsiblemente irreversible, o cuando se han sumado otras patologías al diagnóstico principal, se determina el inicio del procedimiento para cambio de situación administrativa

También, para acceder a una IP no es imprescindible la previa IT.

Aunque los padecimientos del funcionario, físicos y/o psíquicos, por los que se inicia el cambio de situación administrativa a IP, considerados por separado o aisladamente, no determinen Incapacidad, pueden determinarla cuando se valoran los diagnósticos conjuntamente, siendo por eso que cada caso particular exige una valoración meditada.

Valoración de la Incapacidad. Es una parcela del quehacer médico, y para llevarla a cabo, los componentes del Tribunal Médico necesitan dada la enorme responsabilidad que asumen, además de objetividad, formación y experiencia, amplios conocimientos de semiología médica, de las posibles evoluciones de los distintos procesos, según la etiología, patogenia y tratamiento empleado, y los factores que puedan agravar la incapacidad, precisan también conocer el trabajo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las condiciones en que habitualmente los funcionarios a los que evalúan, desarrollan su trabajo (factores socio-profesionales), es decir la repercusión que la patología ejerce sobre su actividad profesional habitual o potencial, todo ello encuadrado en la Medicina Laboral.

Al estudiar el expediente clínico del Funcionario que va a ser objeto de valoración, los miembros del Tribunal Médico se encuentran en ocasiones con “patologías” de difícil valoración en cuanto a los síntomas “dolor” (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, procesos osteoartrosicos...), y en los que en los Informes aportados obvian un pronunciamiento claro Clínico-laboral.

En otros casos, las causas “reales” no están claras, ya que se impregnan de otros motivos que están determinando la situación de IT, como estar pendiente de intervención quirúrgica, o circunstancias socio-familiares-laborales, en que está inmerso el funcionario (edad, difícil situación familiar, problemas socio-económicos, puesto de trabajo que desempeña, expedientes disciplinarios, u otras circunstancias), factores que tienen un peso específico. A veces, el paciente se refugia en “exploraciones complementarias” que el Médico asistencial solicita, ante la insistencia del funcionario sobre la sintomatología porque sigue aquejando molestias, o dolor, que a su criterio le incapacitan para desarrollar su trabajo. Y los procesos se alargan (mayor duración de las Bajas) con Pruebas, Rehabilitación, Otras Terapias, etc.

Hay incluso factores que incrementan la dificultad que el propio proceso clínico tiene. El interés o motivación por parte del funcionario para conseguir la jubilación por incapacidad total o absoluta, puede modular la expresión clínica, y en algunos casos hipertrofiando signos y síntomas, en su “lucha” tanto por inicialmente permanecer de baja como por conseguir una incapacidad a continuación.

Una vez iniciado el procedimiento administrativo de propuesta de cambio de situación administrativa el funcionario suele solicitar nuevos informes a uno o más especialistas, para aportarlos en el contexto de la valoración a que es sometido por el Tribunal Médico. Hay informes que inciden en que la patología está únicamente desencadenada por problemas laborales, obviando aspectos bio-psico-sociales, e insisten y recalcan la incapacidad del funcionario para toda actividad laboral.

En todos los casos, los miembros del Tribunal Médico de la DGP examinan la documentación médica disponible, teniendo especial cuidado con datos no coherentes, datos contradictorios, valoraciones subjetivas, interesadas o parciales. Se realiza una valoración objetiva, desinteresada, e imparcial de los informes clínicos con relevancia y solvencia científica, y también si existen razones suficientes para considerar las nuevas valoraciones

aportadas, y también si es necesario solicitar al funcionario, nuevas pruebas o informes. En general, no es diagnóstico lo que se discute sino la repercusión funcional que ese diagnóstico tiene en esa persona y el tipo de trabajo que realiza.

Surgen dificultades por la disparidad en la redacción de los informes psiquiátricos aportados y en los criterios de valoración diagnóstica utilizados. Así, junto a los cuidadosamente elaborados, nos encontramos con otros en los que, sólo consta el diagnóstico, y en la mayoría no está reflejada la exploración psicopatológica, ni se plantean diagnósticos diferenciales, limitándose a escribir incluso de forma confusa, los síntomas referidos por el paciente, síntomas inespecíficos del orden de: tendencia al aislamiento, ánimo bajo, tristeza, apatía, falta de ilusión, pérdida de motivación, de interés o de impulso, insomnio, fallos de memoria, dificultades de concentración, pensamientos de inutilidad, sentimiento de incapacidad, dificultad para manejar los conflictos, temores, estrés laboral, somatizaciones, diagnósticos mal definidos. La dificultad de valoración no facilita el trabajo.

Conocimientos, técnica, y ética. Los Facultativos Médicos del Tribunal, tienen que ser rigurosos y objetivos tanto ante sospechas de simulación como ante evaluaciones discrepantes de uno o más informes emitidos por otros especialistas. Y también en casos de reclamaciones mediante “alegaciones” por juicios contradictorios con Informes periciales aportados por el funcionario, e impugnaciones de las propuestas del Tribunal Médico. Esto hace que el Tribunal Médico deba además convertirse en un órgano de peritaje ante discrepancias diagnósticas (Médicos de MUFACE, Médicos del CNP, Informes de Peritos de parte).

El funcionario es citado en la sede del Tribunal Médico, para ser reconocido en una sesión que se constituye para ello, con al menos El Presidente, dos Vocales y el Secretario. Es reconocido médicamente por los miembros del Tribunal para poder emitir un dictamen médico. En el contexto de la celebración del tribunal Médico el funcionario relata lo que le pasa o cree que le pasa o por qué cree que le pasa, y transmite información también a través de su conducta no verbal, gestos, reacciones de agresividad, rechazo ansiedad, llanto...) ante determinadas preguntas. Si el funcionario, no puede por su padecimiento presentarse a la sesión en que había sido citado, y es debidamente justificado, el Tribunal programa el desplazamiento para

reconocer al funcionario en su domicilio o centro sanitario en el que se encuentre.

En el Dictamen de valoración de la capacidad psicofísica del funcionario, consta, una vez que se cuenta con los criterios necesarios, un diagnóstico, resultado de un proceso de valoración objetiva, e imparcial, que refleja la situación clínica, el tipo de trabajo que realiza (profundamente interrelacionado) y la repercusión del padecimiento en su profesión y puesto concreto de trabajo.

Dictamen del Tribunal Médico consta de varios apartados:

Diagnóstico. Es importante tener una evidencia razonable para poder llegar al diagnóstico de la enfermedad psíquica o psíquica y física que sufre el funcionario, y sobre todo, la evaluación funcional y clínica de las repercusiones del trastorno mental y de las otras enfermedades comórbidas sobre la capacidad laboral.

Pronóstico, es el apartado que consta en el Dictamen, que depende del diagnóstico, de la eficacia del tratamiento prescrito para la o las patologías, de la multimorbilidad previa, el temperamento y el carácter de la persona; es el juicio profesional que se hace sobre el estado o desarrollo, lo que se espera de la enfermedad, duración, posibilidades de recuperación, importante cuanto al carácter permanente del trastorno, irreversible o no, complicaciones de la enfermedad, efectos de los tratamientos que está recibiendo, susceptible de curación o mejoría, posibilidad de recuperación incierta, repercusión sobre la capacidad y aptitud para desempeñar el trabajo, tomando en consideración las características del puesto que desempeñan los funcionarios del CNP, así como el funcionamiento socio-familiar y personal.

Evolución, se indica que si las limitaciones que sufre por el trastorno diagnosticado pueden ser paliadas por las oportunas medidas de tratamiento, la propuesta de Incapacidad permanente a Jubilación o a Segunda Actividad puede aplazarse, al entender que la situación clínica no es definitiva ni irreversible.

Tratamiento, puede indicar de forma indirecta, la importancia que los especialistas dan al padecimiento. Pero hay que tener en cuenta que el hecho de que una persona esté en tratamiento, no determina una Incapacidad permanente.

Propuesta de incapacidad o no del funcionario en base a la documentación clínica y a lo evaluado en el contexto del Tribunal: Jubilación total, Jubilación absoluta, Jubilación con gran invalidez, Segunda actividad, o Capacitado.

La propuesta varía según el grado de incapacidad que provoquen los procesos. La incapacidad está en relación con el desarrollo de las funciones propias del Cuerpo al que pertenece.

Son causa de propuesta de pase a **2ª Actividad** todas aquellas enfermedades, anomalías o lesiones que originen una incapacidad permanente parcial, entendiendo como tal la que ocasiona una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión sin impedirle la realización de tareas fundamentales de la misma, pero teniendo en cuenta su evolución y repercusión sobre la conducta.

Son causa de propuesta de **Jubilación** todas aquellas enfermedades, anomalías o lesiones que originen una incapacidad permanente total (le inhabilita para la realización de todas o de las fundamentales tareas de la profesión), absoluta (le inhabilita para toda profesión u oficio) o gran invalidez (necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, vestirse, desplazarse, comer...) En la Jubilación por incapacidad permanente, la normativa aplicable por la que la Administración del Estado declara la incapacidad permanente para el servicio: Art. 67. 1c) Ley 7/2007 de 12 de abril, Estatuto Básico del Empleado Público y, Artículo 28.2 c) del Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado, Real Decreto. 670/87, que ha sufrido modificaciones por la Ley 36/2014 de 26 de diciembre.

Del procedimiento instruido se da trámite de Audiencia al interesado cumpliendo la normativa vigente.

Alegaciones. Cuando valorado funcionalmente y en la comparecencia ante el Tribunal, no se aprecia menoscabo funcional y/u orgánico que justifique la situación de Incapacidad temporal o si habiéndose apreciando Incapacidad el funcionario no está de acuerdo con el Dictamen o con la Propuesta del Tribunal, puede presentar alegaciones y aportar pruebas documentales, pruebas diagnósticas, informes de Médicos que están participando en su proceso asistencial o no, Informes Periciales, "Certificados", con los que trata de acreditar, o documentar sus padecimientos y su incapacidad laboral

permanente en sus distintos grados y/o la relación causal de su enfermedad con el trabajo desarrollado.

Si a las alegaciones une nuevas pruebas documentales sobre su estado de salud, y la disfunción que le producen sus dolencias, y éstas no constaban en la información previa del ICL, se estudian y valoran, por si por los nuevos datos, se requiere otra valoración del funcionario en el Tribunal Médico realizando una ampliación de pericia, y la emisión del mismo o de un nuevo dictamen de pertinencia o no de incapacidad.

En algunos casos, si el funcionario sigue considerando que la propuesta del Tribunal no es la por él deseada, puede recurrir al Consejo de la Policía. Este Consejo de la Policía es un Órgano colegiado paritario cauce de expresión y solución de conflictos que pueden surgir entre CNP y Administración que consta tras el RD 555/2011 de 32 miembros, 16 representantes de la Administración designados por el Ministro del Interior, y los otros 16 representan según Escalas al CNP. Cuando el caso llega a este Consejo, lo exponen en una sesión, pero el Consejo no tiene capacidad de modificación de la propuesta por su carácter no resolutivo.

Finalmente es el Director General de la Policía quién firma el acuerdo de Resolución a la propuesta del Tribunal Médico, comunicándoselo reglamentariamente al funcionario y notificándole que el acuerdo agota la vía administrativa y que contra él cabe recurso potestativo de reposición ante el Director General de la Policía en el plazo de un mes o bien ser impugnado directamente mediante Recurso Contencioso Administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia correspondiente en plazo de dos meses...

13.3 Modelos de Dictamen Propuesta y Acta del Tribunal Médico de la DGP

En el caso de Inicio de Segunda Actividad

DICTAMEN DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA EL PASE A LA SITUACIÓN DE SEGUNDA ACTIVIDAD DE LOS FUNCIONARIOS DEL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

...Facultativos Médicos del Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía, actuando el primero de los citados en calidad de Presidente y... en calidad de Secretario, constituidos en Tribunal y conforme a lo dispuesto en el Real Decreto 1.556/1.995 de 21 de septiembre, han procedido a la evaluación clínica y de la documentación obrante ante este Tribunal correspondiente al Funcionario del Cuerpo Nacional de Policía, Escala... Categoría D... de...años de edad, con DNI... y considerando que cuentan con los criterios necesarios para valorar el pase a la situación de Segunda Actividad por disminución de la capacidad psicofísica, emite el siguiente dictamen:

- 1) Diagnóstico.
- 2) Tratamiento.
- 3) Evolución previsible.

PROPUESTA: Puede ser:

-SEGUNDA ACTIVIDAD Por reunir los criterios establecidos en el Art. 11 apartado 2 del R.D. 1556/95 de 21 de septiembre, se propone el pase del citado funcionario a la situación de segunda actividad.

-NO PROCEDE SEGUNDA ACTIVIDAD ESTIMANDO QUE LA PATOLOGÍA ES TRIBUTARIA DE JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD PSICOFÍSICA “Por no cumplir los criterios establecidos en el en el Art. 11 apartado 2 del RD 1556/95 de 21 de septiembre no procede el pase del citado funcionario a la situación de segunda actividad, estimando que la patología que presenta es tributaria de jubilación por incapacidad psicofísica y que el funcionario citado está imposibilitado totalmente para desempeñar las funciones propias del Cuerpo Nacional de Policía al que pertenece, si bien no está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio.

-NO PROCEDE SEGUNDA ACTIVIDAD Por no cumplir los criterios establecidos en el en el Art. 11 apartado 2 del RD 1556/95 de 21 de septiembre no procede el pase del citado funcionario a la situación de segunda actividad.

ACTA

Reunido el Tribunal Médico en los locales del Servicio Sanitario Central sitos en la C/... de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Real Decreto 1556/1995. De 21 de septiembre, de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994, que regula la situación de Segunda Actividad en el Cuerpo Nacional de Policía, con la asistencia de los siguientes componentes:Presidente,... Vocales... y...Secretario,

Se ha procedido al examen del expediente del funcionario del Cuerpo Nacional de Policía D...., en base a los antecedentes e informes médicos existentes, emitiéndose el razonado que se acompaña.

Y para que conste, firman la presente los citados integrantes del Tribunal en lugar y fecha arriba indicados, de lo que como Secretario Certifico.

En el caso de Inicio de Jubilación:

a) Si el funcionario está en Segunda actividad:

DICTAMEN DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA EL PASE A LA SITUACIÓN DE JUBILACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

...Facultativos Médicos del Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía, actuando el primero de los citados en calidad de Presidente y... en calidad de Secretario, constituidos en Tribunal y conforme a lo dispuesto en los Reales Decretos 379/1996 de 1 de marzo y 1556/1995 de 21 de septiembre, han procedido a la evaluación clínica y de la documentación obrante ante este Tribunal correspondiente al Funcionario del Cuerpo Nacional de Policía Escala... Categoría... **en situación de Segunda Actividad** D... de...años de edad, con DNI... y considerando que cuentan con los criterios necesarios para valorar el pase a la situación de Jubilación por incapacidad psicofísica, emite el siguiente dictamen:

1) Diagnóstico.

- 2) Tratamiento.
- 3) Evolución previsible.
- 4) Propuesta.

b) En el resto de los funcionarios

DICTAMEN DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA EL PASE A LA SITUACIÓN DE JUBILACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

...Facultativos Médicos del Tribunal Médico de la Dirección General de la Policía, actuando el primero de los citados en calidad de Presidente y... en calidad de Secretario, constituidos en Tribunal y conforme a lo dispuesto en los Reales Decretos 379/1996 de 1 de marzo y 1556/1995 de 21 de septiembre, han procedido a la evaluación clínica y de la documentación obrante ante este Tribunal correspondiente al Funcionario del Cuerpo Nacional de Policía Escala... Categoría... D... de...años de edad, con DNI... y considerando que cuentan con los criterios necesarios para valorar el pase a la situación de Jubilación por incapacidad psicofísica, emite el siguiente dictamen:

- 1) Diagnóstico.
- 2) Tratamiento.
- 3) Evolución previsible.
- 4) Propuesta.

PROPUESTA: En ambos casos puede ser:

--- “Valorado el proceso de enfermedad su evolución y pronóstico, así como el menoscabo producido en relación con edad y a la actividad desempeñada, consideramos: Que el funcionario citado está imposibilitado totalmente para desempeñar las funciones propias del Cuerpo Nacional de Policía al que pertenece, si bien no está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio”.

--- “Valorado el proceso de enfermedad su evolución y pronóstico, así como el menoscabo producido en relación con edad y a la actividad desempeñada, consideramos: Que la patología que padece el citado funcionario no es tributaria de de permanecer en la situación de segunda actividad en la que se

encuentra estimando que es susceptible de jubilación por incapacidad psicofísica y que el funcionario citado está imposibilitado totalmente para desempeñar las funciones propias del Cuerpo Nacional de Policía al que pertenece, si bien no está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio”.

---“Valorado el proceso de enfermedad su evolución y pronóstico, así como el menoscabo producido en relación con edad y a la actividad desempeñada, consideramos: Que el funcionario citado no está totalmente imposibilitado, siendo la patología que padece tributaria de pase a la situación de Segunda Actividad por Incapacidad Psicofísica”.

ACTA

Reunido el Tribunal Médico en los locales del Servicio Sanitario Central sitos en la C/... de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Real Decreto 1556/1995. De 21 de septiembre, de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994, que regula la situación de Segunda Actividad en el Cuerpo Nacional de Policía, en virtud de la cláusula remisor a dicha normativa que establece el punto 1 párrafo segundo de la Disposición Adicional Segunda del Real Decreto 297/96, de 1 de marzo, por el que se regula el registro de prestaciones sociales públicas; con la asistencia de los siguientes componentes:

....Presidente... Vocales... y... Secretario,

Se ha procedido al examen del expediente del funcionario del Cuerpo Nacional de Policía D..., en base a los antecedentes e informes médicos existentes, emitiéndose el razonado que se acompaña.

Y para que conste, firman la presente los citados integrantes del Tribunal en lugar y fecha arriba indicados, de lo que como Secretario Certifico.

Cuando el funcionario no ha comparecido ante el Tribunal Médico en dos o más ocasiones:

PROPUESTA

-

Teniendo en cuenta que no ha sido posible proceder a su examen clínico por no comparecer sin causa que lo justifique en las dos ocasiones exigidas por la normativa vigente, se ha procedido a valorar los informes clínicos que obran en su expediente por lo que se propone en base al Punto Quinto apartado 2.3 de la Resolución de 29 de diciembre de 1995 de la Secretaría de Estado para la

Administración Pública por la que se modifican los procedimientos de jubilación del personal civil incluido en el ámbito de cobertura del régimen de las clases pasivas del Estado y a los artículos 58 y 59 de la Ley 4/1999 que modifica la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común: Que el citado funcionario está imposibilitado totalmente para desempeñar las funciones propias del Cuerpo Nacional de Policía al que pertenece, si bien no está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio.

ACTA

Reunido el Tribunal Médico en los locales del Servicio Sanitario Central sitos en la C/... de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Real Decreto 1556/1995. De 21 de septiembre, de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994, que regula la situación de Segunda Actividad en el Cuerpo Nacional de Policía, en virtud de la cláusula remisor a dicha normativa que establece el punto 1 párrafo segundo de la Disposición Adicional Segunda del Real Decreto 297/96, de 1 de marzo, por el que se regula el registro de prestaciones sociales públicas; con la asistencia de los siguientes componentes:

....Presidente... Vocales... y...Secretario,

Se hace constar que el... del C.N.P. Don.... No ha comparecido ante este Tribunal en el día de la fecha, sin causa justificada por segunda vez, para lo cual se hallaba previamente citado, y en base al Punto Quinto 2.3 de la Resolución de 29 de diciembre de 1995 de la Secretaría de Estado para la Administración Pública y a los artículos 58 y 59 de la Ley 4/1999 de modificación de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común, se extiende la presente Acta teniendo en cuenta las notificaciones que obran en el expediente.

Y para que conste, firman la presente los citados integrantes del Tribunal en lugar y fecha arriba indicados, de lo que como Secretario Certifico.

El procedimiento finaliza con la resolución de la DGP.

En la **RESOLUCIÓN de la Dirección General de la Policía**, en ambos procedimientos, Jubilación o Segunda actividad, consta la fecha del inicio del procedimiento, y que el funcionario ha sido reconocido por el Tribunal Médico del Centro Directivo que con fecha... que emitió Acta y Dictamen con Propuesta..., y que Considerando que del procedimiento instruido se dio vista

para trámite de Audiencia al interesado, Acuerda que procede... lo que reglamentariamente se le comunicó, “indicándole que el presente acuerdo agota la vía administrativa y que contra él cabe recurso potestativo de reposición ante el Director General de la Policía en el plazo de un mes, o bien ser impugnado directamente mediante recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal correspondiente, en el plazo de dos meses, ambos desde el día de su notificación, de conformidad con lo establecido en los artículos...”.

La Resolución la firma el Director General de la Policía o persona delegada, (Orden INT/985/2005 de 7 de abril, Modificada por la Orden INT/1797/2010)

14 DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

14.1 Justificación

Los problemas relacionados con la salud mental de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, como integrantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, por el tipo de trabajo que desarrollan y por lo que la propia Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad recoge en su Preámbulo, sobre la singularidad de las labores policiales y la necesidad de un adecuado equilibrio psicológico para realizarlas: “los funcionarios de policía materializarán el eje de un difícil equilibrio de pesos y contrapesos, de facultades y obligaciones, ya que deben proteger la vida y la integridad de las personas...” han sido y son una constante preocupación, tanto en las Unidades Regionales y Provinciales de Sanidad, como en el propio Servicio Sanitario Central de la Dirección General de la Policía.

Por la compleja estructura de la organización policial, por la peculiaridad del servicio público que tienen asignado y la singularidad de las labores policiales que realizan se ha precisado imponer mayores cautelas tanto en la valoración clínica, psicosocial y laboral, como en la decisión de retorno a la actividad laboral tras un periodo de Incapacidad Temporal, o en la de formular una propuesta de cambio de situación administrativa por Incapacidad Permanente para el servicio.

Como Funcionario del Estado, he trabajado muchos años, concretamente con las Especialidades de Psiquiatría, y de Medicina del Trabajo, como Facultativo Médico Psiquiatra, en el Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía, habiendo sido no sólo la primera mujer con este cargo, sino también la única en todo el territorio nacional, con la competencia en cuanto a la Salud Mental de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía de toda España.

Las actuaciones llevadas a cabo, siempre dentro de la mano de la normativa, con la formación recibida a través del Máster de Psiquiatría Legal y, la experiencia acumulada a través del tiempo, me ha llevado a plantear la realización de este estudio, en el que se reflexiona sobre la situación clínica y la gestión administrativa por la que funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía,

pasan de estar en servicio activo, a otras situaciones administrativas de incapacidad.

El principal aspecto, por novedoso, es que no se ha realizado nunca un estudio como el que he planteado, lo que supone una importante laguna en el conocimiento de qué tipo de padecimientos y más concretamente los que se refieren a los Trastornos mentales son los que en ese conjunto específico de funcionarios llevan a la incapacidad permanente.

Los resultados pueden servir para conocer cuáles son los problemas de salud mental más significativos, crear programas específicos y para abrir nuevas líneas de investigación.

14.2 Objetivos

1. Llevar a cabo un estudio descriptivo de la población de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía que han sido reconocidos en el Tribunal Médico de la DGP por presentar patología psiquiátrica, o mixta, psiquiátrica y física, durante setenta y cuatro meses.
2. Evolución de la incidencia de incapacidad por patología psiquiátrica, o mixta física y psiquiátrica, en la población estudiada a lo largo de seis años (2004-2009).
3. Conocer la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, y las físicas en comorbilidad con las psiquiátricas, que han llevado al Tribunal Médico a proponer para los funcionarios evaluados el pase a Segunda actividad, o el pase a Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio.
4. Identificar los destinos, dentro del Cuerpo Nacional de Policía, de mayor riesgo para que los funcionarios con patología psiquiátrica o mixta física y psiquiátrica cambien de situación administrativa, pasando a Segunda actividad, o a Jubilación.
5. Conocer si el colectivo de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, tiene una mayor incidencia de pasar a Jubilación, por Incapacidad Permanente por cualquier causa, que la población general española de trabajadores en activo.

14.3 Hipótesis

1. Los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, tienen menor probabilidad de pasar a Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio, que la población general.
2. La prevalencia de las patologías psiquiátricas en los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, es semejante a la de la población general en Incapacidad Permanente.
3. El riesgo de que un funcionario del Cuerpo Nacional de Policía pase a la situación administrativa de Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio, o a la de Segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas, por patología psiquiátrica o mixta, es independiente del puesto de trabajo que ocupe.

14.4 Material y método

14.4.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, realizado a través del análisis de diversas variables formuladas en una población concreta, y en un tiempo delimitado, para obtener valores descriptivos del grupo objeto de la investigación.

Es el estudio retrospectivo de un conjunto de funcionarios, reconocidos por el Tribunal Médico de la DGP, en los que los diagnósticos emitidos en el Dictamen por el citado Tribunal, son psiquiátricos o mixtos, es decir psíquicos en comorbilidad con enfermedad somática.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, que tiene como base el análisis de los Expedientes administrativos Clínico-Laborales de los funcionarios objeto de la investigación.

Ubicación de los Expedientes: Archivo General del Servicio Sanitario de la DGP.

Se ha revisado el total de los documentos, que obran en el Expediente Clínico-Laboral de cada uno de los funcionarios objeto de esta investigación, y que contiene documentación clínica como: Historia Clínica, Informes, Pruebas diagnósticas, y otros documentos administrativos, todos ellos en formato papel.

La consulta de los Expedientes Clínico-Laborales, se ha realizado en el Centro donde están depositados.

Se ha contado también con el Dictamen emitido por el Tribunal Médico de cada uno de los funcionarios, la Resolución del Director General de la Policía, y con las Memorias Anuales del Tribunal Médico de los años 2004 a 2009.

Se ha extraído también información complementaria, del Fichero Informático SIGESPOL de la DGP que contiene datos personales, profesionales y otros datos especialmente protegidos.

Seguidamente se procedió a identificar variables, dependientes e independientes de cada uno de los funcionarios objeto del estudio descriptivo. Con el protocolo de recogida de información se creó una Base de datos utilizando para ello el programa informatizado SPSS para Windows versión 17.0, incluyendo todos los casos, por orden cronológico de la fecha de reconocimiento en el Tribunal Médico.

Periodo de estudio: 1 de enero de 2004 a 3 de febrero de 2010.

Ámbito territorial: toda España.

Variables que forman parte de la base de datos: Sociodemográficas, Laborales, Clínicas, Pruebas diagnósticas complementarias e Informes de especialistas.

En la pormenorizada revisión llevada a cabo de los Expedientes Clínico-Laborales, se detectó gran variedad en la terminología utilizada en los Informes médicos aportados por los funcionarios para describir entidades nosológicas similares, y habiendo evidenciado además, que gran número de los diagnósticos clínicos que constan en los expedientes, carecían de codificación (excepto los del parte de baja inicial con CIE-9-MC, por imperativo legal), se procedió a codificar todos los diagnósticos utilizando para ello la Clasificación CIE-10, tanto en los de Trastorno mental como para los de Enfermedades y Lesiones, al objeto de facilitar el tratamiento estadístico.

Los datos obtenidos de los años analizados, no han estado expuestos con posterioridad, a factores que puedan afectar a los resultados. Lo único que ha sufrido variación es la denominación de algunos Puestos de Trabajo en razón de los sucesivos cambios legislativos.

14.4.2 Población

La población objeto del estudio está muy bien definida, es homogénea, todos son personas adultas y de la misma profesión.

Es un grupo laboral muy concreto y determinado en el que todos los casos son evaluables, por lo que se puede obtener información estadística justificada, con la que poder definir la incidencia de las variables propuestas,

que se han considerado de interés, y para que el azar sea una explicación poco probable en lo estudiado.

No ha sido necesario realizar cálculos de tamaño muestral ya que se han seleccionado seis años incluyendo en el estudio a todos los funcionarios que fueron reconocidos por el Tribunal Médico de la DGP con patología psiquiátrica y mixta (psíquica y física).

No se trata pues de una “muestra”. Es un grupo de funcionarios reconocidos por el Tribunal Médico de la DGP, representativo de una población policial a la que pertenecen. Por sus características es un grupo significativo y permite generalizar los resultados, por ser un subconjunto de toda la población integrante del CNP.

14.4.3 Criterios temporales

Se optó por 2004, como inicio, por ser a partir de ese año cuando esta doctoranda, de una forma continuada, por formar parte, como Vocal Titular del Tribunal Médico de la DGP asistió a todos los Tribunales en los que han sido evaluados los casos de los funcionarios contenidos en el presente estudio, participando al igual que el resto de los miembros del Tribunal, en los Dictámenes de Incapacidad. Y también en este año 2004, la grabación y explotación de datos de absentismo se realiza a través del Fichero SIGESPOL.

El último Tribunal Médico estudiado es el de 3 de febrero de 2010. Se eligió ese día como fin del criterio temporal, al ser en esa fecha cuando se publica la Resolución de 3 de febrero de 2010 de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia por la que se publica el Acuerdo de Encomienda de Gestión entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, con el objeto de la realización en todo el territorio nacional de determinados reconocimientos médicos a los funcionarios incluidos en el campo de aplicación del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionario Civiles del Estado que están en situación de IT. Resolución que también afectaba a los funcionarios del CNP. Asimismo se tenían que iniciar actividades para que los médicos de los mutualistas manejaran la aplicación informática diseñada por MUFACE es decir CEPIT (Comunicación electrónica de Partes de Incapacidad).

14.4.4 Secuencia en el procedimiento de la investigación:

Para llevar a cabo los objetivos propuestos se han seguido los pasos que se especifican a continuación, y que son:

Primero. Fijar los límites temporales del 1 de enero de 2004 a 3 de febrero de 2010, y conocer a través de las Memorias anuales del Tribunal Médico, el número total de funcionarios reconocidos el periodo 2004-2009, encontrando que fue un total de **4345** el número de Expedientes evaluados.

Segundo. Se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión de los 4345, casos, para realizar el estudio descriptivo:

Criterios de inclusión:

Funcionario del CNP.

En activo.

Ámbito territorial: toda España.

Estar en situación de IT y con baja inicial en la que el diagnóstico fuera psiquiátrico o mixto.

Haberse iniciado la propuesta de IP a instancia o de oficio.

Haber sido reconocido por el Tribunal Médico de Incapacidades de la DGP, durante los años comprendidos en las fechas antes citadas.

Criterios de exclusión:

No estar en actividad.

Segunda actividad sin destino.

Revisión a instancia, o a petición del Tribunal.

Funcionario Jubilados que solicita reingreso.

Valoración de lesiones permanentes no invalidantes.

Víctima de Atentado terrorista.

Tercero. Del total de **4345** Expedientes, todos en formato papel, se examinaron los **2910** que habían sido estimados por el Tribunal Médico, y de ellos, por reunir los criterios de inclusión, los Expedientes Clínico-Laborales, de una población de **1302** funcionarios del CNP, que habían sido reconocidos por el Tribunal Médico en el periodo de 1 de enero de 2004 a 3 de febrero de 2010 y en los que el motivo de ser evaluados, era haber sido propuesto el inicio de cambio de situación administrativa, por presentar patología psiquiátrica o mixta física y mental.

No obstante al aplicar los criterios de exclusión propuestos, son eliminados de este grupo de 1302, los funcionarios que no están en activo, los que están en Segunda actividad sin destino, los jubilados que han solicitado reingreso, las revisiones, y también aquellos casos, que tras ser reconocidos por el Tribunal, en el Dictamen únicamente constaba patología somática. También se excluyeron del total, dos funcionarios fallecidos, y uno expulsado del Cuerpo.

Cuarto. El tamaño del grupo resultante seleccionado para el estudio fue de **N=1055** funcionarios, que reunían criterios de inclusión, para lo que se creó una Base de datos que contenía las variables de interés, para su posterior tratamiento estadístico, asignando a cada uno, un número del 1 al 1055, asegurando el anonimato.

Quinto. Una vez realizado el estudio descriptivo del Grupo N=1055, se llevó a cabo una estratificación por años naturales desde el 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2009, para poder centrar también el análisis de las variables año a año, y de esta forma evitar sesgos en los resultados. Con ello la población ahora estudiada contaba con 1039 casos, Grupo **N=1039**, pudiéndose comparar mejor, con la estadística de la población anual del CNP, y la de algunos destinos y Puestos de trabajo.

Sexto. Siendo necesario conocer el número de funcionarios, que por todas las contingencias comunes: físicas, psíquicas y mixtas, habían sido reconocidos durante los años 2004 a 2009, en el Tribunal Médico de la DGP y a los que se había realizado la propuesta de Jubilación por Incapacidad Permanente, se examinaron nuevamente las Memorias Anuales del citado Tribunal, para obtener datos sobre el número total de Propuestas de Jubilación por IP y de esta forma, poder comparar estos datos, con la población general, también en IP en esos mismos años.

De los 4345 Expedientes examinados, habían sido estimados por todas las contingencias físicas, psiquiátricas y mixtas, 2910. De ellos, **1885** habían sido propuestos para Jubilación por IP y 1025 para Segunda actividad.

Séptimo. Por último se llevó a cabo el tratamiento estadístico de los datos de las etapas propuestas.

14.4.5 Documentación:

Obtenida, respetando la confidencialidad, para que en la Base de datos elaborada conste como datos anónimos, siempre teniendo presente la legislación vigente en esta materia:

a) Del Ministerio del Interior, la contenida en la página web del Ministerio, página oficial del CNP.

b) Del Servicio Sanitario de la DGP: documentación clínico-administrativa obrante en los Expedientes Clínico-Laborales de todos y cada uno de los funcionarios objeto de estudio.

c) Memorias Anuales del Tribunal Médico de la DGP, y

d) Fichero SIGESPOL de la DGP.

14.4.6 Autorización y Comité de Ética

El presente estudio tiene un diseño observacional y retrospectivo. Su realización no ha supuesto ninguna molestia o actividad adicional para las personas cuyos expedientes han sido revisados. El estudio se ha limitado a hacer un análisis de la actividad asistencial y pericial de la Sección de Salud Mental del Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía, y también del Tribunal Médico de Incapacidades, asegurando el anonimato.

Según la Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica (BOE núm. 159 de 4 de julio de 2007), el presente trabajo se trataría de un estudio observacional, que se define en esta norma Artículo 3 m) “Estudio observacional: estudio realizado sobre individuos respecto de los cuales no se modifica el tratamiento o intervención a que pudieran estar sometidos ni se les prescribe cualquier otra pauta que pudiera afectar a su integridad personal.”

De ello se desprende que no es necesario solicitar consentimiento informado de las personas estudiadas, ya que se cumple este criterio, así como que los datos han sido debidamente anonimizados, tal y como establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298 de 14 de diciembre de 1999). Artículo 4.2. “Los datos de carácter personal, objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos”. NO es por ello necesario la aprobación de un Comité de Ética de Investigación tal y como establece la ley 14/2007.

El Código Deontológico de la Organización Médica Colegial (OMC), Guía de Ética Médica, julio 2011. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en el Artículo 9.1.2., dice: “Es conforme a la deontología médica el uso del contenido de la historia clínica para su análisis científico, estadístico y con fines docentes y de investigación, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad de los pacientes y las restantes disposiciones de este Código que le puedan afectar”

Por otro lado consta en la Resolución nº 60 de 13 de junio de 1990, del Director General de la Policía, (Orden General núm. 732 de 16 de julio de 1990), apartado 1.5.2. “Los resultados de las evaluaciones de salud de los

policías podrán ser utilizados con fines de investigación, de acuerdo con las disposiciones legales sobre la materia”.

El estudio ha sido autorizado por el Jefe de Área Sanitaria de la División de Personal de la Dirección General de la Policía, tal y como se acredita en el documento anexo.



MINISTERIO
DEL INTERIOR



DIRECCIÓN GENERAL DE LA
POLICÍA

DIVISIÓN DE PERSONAL
ÁREA SANITARIA

Madrid, 17 Diciembre 2014

ASUNTO: Autorización de acceso y uso de datos del Fondo documental / informático del
Área Sanitaria para Tesis Doctoral

D. Carlos Godas Valeiras, Jefe del Área Sanitaria de la División de Personal, de la DGP en contestación al escrito cursado por la Facultativo Médico Psiquiatra Dña. M^a Concepción CRUZ MORENO sobre autorización para utilizar datos de los Fondos documentales y registros informáticos del Área Sanitaria con el objeto de realizar la Tesis Doctoral, se significa que por parte de esta Jefatura de Área no existe inconveniente en acceder a lo solicitado, siempre y cuando se mantenga el anonimato de las personas objeto de los estudios que puedan realizarse.

EL JEFE DEL ÁREA SANITARIA



Fdo.: Carlos Godas Valeiras.

CORREO ELECTRÓNICO:
P.B.M.

of.dp.jefaturaatencionsociosanitaria
@oficial.dgp.mir.es

MEJORAMOS ENTRE TODOS
Plan de Calidad de la División de Personal



C/ JULIAN GONZALEZ
SEGADOR, S/N
28043 - MADRID
TEL.: 915 822645
FAX: 917 591547

15 RESULTADOS

15.1 Índice de Tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Sexo | 291 |
| Tabla 2. Edad | 291 |
| Tabla 3. Estado civil | 291 |
| Tabla 4. Número de hijos | 292 |
| Tabla 5. Nivel de estudios | 292 |
| Tabla 6. JSP y Organización Central | 293 |
| Tabla 7. Provincia..... | 294 |
| Tabla 8. Fecha ingreso en CNP | 295 |
| Tabla 9. Escala y Categoría, Facultativos y Técnicos | 295 |
| Tabla 10. Antecedentes de puesto de trabajo | 296 |
| Tabla 11. Puesto de trabajo cuando causa Baja | 297 |
| Tabla 12. Destino | 297 |
| Tabla 13. Antigüedad en CNP | 297 |
| Tabla 14. Expedientes Disciplinarios. Sanciones | 297 |
| Tabla 15. Antecedentes patológicos del padre..... | 298 |
| Tabla 16. Antecedentes patológicos de la madre..... | 298 |
| Tabla 17. Antecedentes patológicos de hermanos..... | 298 |
| Tabla 18. Antecedentes infancia-adolescencia | 299 |
| Tabla 19. Antecedentes enfermedades somáticas..... | 299 |
| Tabla 20. Antecedentes trastornos mentales | 299 |
| Tabla 21. Antecedentes A. Vitales Estresantes..... | 300 |
| Tabla 22. Tabaco | 301 |
| Tabla 23. Alcohol..... | 301 |
| Tabla 24. Fármacos | 301 |
| Tabla 25. Otras drogas..... | 302 |
| Tabla 26. Uso de Servicios de Urgencia | 303 |
| Tabla 27. Hospitalizaciones..... | 303 |
| Tabla 28. Intentos de suicidio..... | 304 |
| Tabla 29. Nº de IT físicas anteriores a la última baja | 305 |
| Tabla 30. Nº de IT Psíquicas anteriores a la última baja | 305 |
| Tabla 31. Diagnóstico de baja CIE-9-MC | 306 |
| Tabla 32. Clasificación WONCA (CIPSAP) | 310 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 33. Médico que firma el parte de Baja inicial | 310 |
| Tabla 34. Diagnóstico psiquiátrico en el IC del CNP | 311 |
| Tabla 35. Diagnósticos físicos en el IC del CNP | 311 |
| Tabla 36. Pruebas diagnósticas del IC del CNP | 312 |
| Tabla 37. Datos de Informes Psicológicos realizados en el CNP | 313 |
| Tabla 38. Datos de Informes Psicológicos externos al CNP | 313 |
| Tabla 39. Tratamientos en el IC del CNP | 314 |
| Tabla 40. Propuesta en el IC del CNP | 314 |
| Tabla 41. Psiquiatras de MUFACE | 315 |
| Tabla 42. Especialista externo a CNP y a MUFACE | 315 |
| Tabla 43. Informes especialistas no psiquiatras | 316 |
| Tabla 44. Informes periciales | 317 |
| Tabla 45. Tratamientos | 317 |
| Tabla 46. Situación administrativa previa al último TM | 318 |
| Tabla 47. Tribunales Médicos anteriores con diagnósticos Somáticos y/o Psiquiátricos | 318 |
| Tabla 48. Inicio del Tribunal Médico | 318 |
| Tabla 49. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | 319 |
| Tabla 50. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas | 319 |
| Tabla 51. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes | 319 |
| Tabla 52. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos) | 320 |
| Tabla 53. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 320 |
| Tabla 54. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 320 |
| Tabla 55. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto | 321 |
| Tabla 56. Otros procesos CIE-10 TM | 321 |
| Tabla 57. Diagnóstico Físico Tribunal Médico | 322 |
| Tabla 58. Tratamiento Tribunal Médico | 323 |
| Tabla 59. Evolución previsible. Tribunal Médico | 323 |
| Tabla 60. Propuesta del Tribunal Médico | 324 |
| Tabla 61. Alegaciones al TM | 324 |
| Tabla 62. TSJ Recurso CA | 324 |
| Tabla 63. Propuesta de Incapacidad Laboral | 325 |
| Tabla 64. Incapacidad | 325 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 65. Propuesta de Incapacidad Laboral | 325 |
| Tabla 66. Incapacidad | 325 |
| Tabla 67. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | 326 |
| Tabla 68. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas..... | 326 |
| Tabla 69. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes | 326 |
| Tabla 70. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)..... | 327 |
| Tabla 71. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 327 |
| Tabla 72. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 327 |
| Tabla 73. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto..... | 328 |
| Tabla 74. Otros procesos CIE-10 TM..... | 328 |
| Tabla 75. Diagnóstico Físico Tribunal Médico..... | 329 |
| Tabla 76. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | 330 |
| Tabla 77. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas..... | 330 |
| Tabla 78. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes | 330 |
| Tabla 79. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)..... | 331 |
| Tabla 80. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 331 |
| Tabla 81. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 331 |
| Tabla 82. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto..... | 332 |
| Tabla 83. Otros procesos CIE-10 TM..... | 332 |
| Tabla 84. Diagnóstico Físico Tribunal Médico..... | 333 |
| Tabla 85. Sexo | 334 |
| Tabla 86. Edad | 334 |
| Tabla 87. Estado civil | 335 |
| Tabla 88. Número de hijos | 335 |
| Tabla 89. Nivel de estudios | 335 |
| Tabla 90. JSP, y Organización Central..... | 336 |
| Tabla 91. Provincia..... | 337 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 92. Fecha ingreso en CNP | 338 |
| Tabla 93. Escala y Categoría, Facultativos y Técnicos | 338 |
| Tabla 94. Antecedentes de Puestos de trabajo | 339 |
| Tabla 95. Puesto de trabajo cuando causa Baja | 340 |
| Tabla 96. Destino | 340 |
| Tabla 97. Antigüedad en CNP | 341 |
| Tabla 98. Expedientes Disciplinarios. Sanciones | 341 |
| Tabla 99. Antecedentes patológicos del padre..... | 342 |
| Tabla 100. Antecedentes patológicos de la madre..... | 342 |
| Tabla 101. Antecedentes patológicos de hermanos..... | 342 |
| Tabla 102. Antecedentes patológicos de la infancia-adolescencia | 343 |
| Tabla 103. Antecedentes de enfermedades somáticas..... | 343 |
| Tabla 104. Antecedentes de Trastorno mental..... | 344 |
| Tabla 105. Antecedentes patológicos vitales estresantes | 345 |
| Tabla 106. Tabaco | 346 |
| Tabla 107. Alcohol..... | 346 |
| Tabla 108. Fármacos..... | 347 |
| Tabla 109. Otras drogas..... | 347 |
| Tabla 110. Uso de Servicios de Urgencia | 348 |
| Tabla 111. Hospitalizaciones..... | 348 |
| Tabla 112. Intento de suicidio..... | 349 |
| Tabla 113. Nº de IT físicas anteriores a la última baja | 350 |
| Tabla 114. Nº de IT psíquicas anteriores a la última baja | 350 |
| Tabla 115. Diagnóstico de baja CIE-9-MC | 351 |
| Tabla 116. Clasificación WONCA (CIPSAP) | 355 |
| Tabla 117. Médico que firma el parte de Baja inicial | 356 |
| Tabla 118. Diagnóstico psiquiátrico en el IC del CNP | 357 |
| Tabla 119. Diagnósticos físicos en el IC del CNP | 358 |
| Tabla 120. Pruebas diagnósticas del IC del CNP..... | 360 |
| Tabla 121. Datos de Informes Psicológicos realizados en el CNP | 361 |
| Tabla 122. Datos de Informes psicológicos externos al CNP..... | 362 |
| Tabla 123. Tratamientos en el IC del CNP | 363 |
| Tabla 124. Propuesta en el IC del CNP..... | 364 |
| Tabla 125. Psiquiatras de MUFACE..... | 365 |
| Tabla 126. Especialista externo a CNP y a MUFACE | 366 |
| Tabla 127. Informes especialistas no psiquiatras | 367 |
| Tabla 128. Informes periciales | 368 |
| Tabla 129. Tratamientos..... | 369 |
| Tabla 130. Situación administrativa previa al último TM | 370 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 131. Tribunales Médicos anteriores con diagnósticos Somáticos y/o Psiquiátricos | 370 |
| Tabla 132. Inicio del Tribunal Médico | 371 |
| Tabla 133. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | 372 |
| Tabla 134. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas..... | 373 |
| Tabla 135. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes | 374 |
| Tabla 136. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)..... | 375 |
| Tabla 137. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 376 |
| Tabla 138. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 376 |
| Tabla 139. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto..... | 377 |
| Tabla 140. Otros procesos CIE-10 TM..... | 379 |
| Tabla 141. Diagnóstico Físico CIE-10 del Tribunal Médico | 380 |
| Tabla 142. Tratamiento. Tribunal Médico | 381 |
| Tabla 143. Evolución previsible. Tribunal Médico | 382 |
| Tabla 144. Propuesta del Tribunal Médico | 383 |
| Tabla 145. Alegaciones al dictamen del Tribunal Médico..... | 384 |
| Tabla 146. TSJ Recurso CA..... | 384 |
| Tabla 147. Propuesta de Incapacidad Laboral. Tribunal Médico..... | 385 |
| Tabla 148. Incapacidad | 385 |
| Tabla 149. Propuesta de Jubilación por Incapacidad Permanente. Tribunal Médico..... | 386 |
| Tabla 150. Incapacidad | 386 |
| Tabla 151. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | 387 |
| Tabla 152. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas..... | 388 |
| Tabla 153. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes | 389 |
| Tabla 154. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)..... | 390 |
| Tabla 155. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 391 |
| Tabla 156. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 391 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 157. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto..... | 392 |
| Tabla 158. Otros procesos CIE-10 TM..... | 393 |
| Tabla 159. Diagnóstico Físico CIE-10 del Tribunal Médico..... | 394 |
| Tabla 160. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | 395 |
| Tabla 161. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas..... | 396 |
| Tabla 162- F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes | 397 |
| Tabla 163. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)..... | 398 |
| Tabla 164. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos | 399 |
| Tabla 165. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | 399 |
| Tabla 166. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto..... | 400 |
| Tabla 167. Otros procesos CIE-10 TM..... | 401 |
| Tabla 168. Diagnóstico Físico CIE-10 del Tribunal Médico..... | 402 |
| Tabla 169. Tribunal Médico de la DGP y Propuestas de Incapacidad. Años 2004 a 2009. | 449 |
| Tabla 170. Jubilación por IP y Segunda actividad de causa Psiquiátrica, Mixta y Física. Años 2004 a 2009..... | 449 |
| Tabla 171. Media de: Población activa, Población general en IP, Total del CNP en activo y Jubilados CNP por IP de 2004 a 2009 | 450 |
| Tabla 172. Tasa de jubilaciones en el periodo 2004-2009 en el CNP..... | 450 |
| Tabla 173. Tasa de pase a Segunda Actividad en el periodo 2004-2009 en el CNP..... | 450 |
| Tabla 174. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2004 | 452 |
| Tabla 175. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2005 | 452 |
| Tabla 176. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2006 | 453 |
| Tabla 177. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2007 | 453 |
| Tabla 178. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2008 | 454 |
| Tabla 179. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2009 | 454 |
| Tabla 180. Riesgo de incapacidad en las Brigadas Provinciales de Seguridad Ciudadana..... | 456 |
| Tabla 181. Riesgo de incapacidad en los Investigador de la Escala Básica .. | 457 |
| Tabla 182. Riesgo de incapacidad en Jefe de Equipo Operativo | 458 |
| Tabla 183. Riesgo de incapacidad en Investigador Inspector | 459 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 184. Riesgo de incapacidad en Personal Operativo Policía | 460 |
| Tabla 185. Riesgo de incapacidad en Personal ODAC..... | 461 |

15.2 Tablas

15.2.1 Datos sociodemográficos

Tabla 1. Sexo

| | N | % |
|--------|------|--------|
| Hombre | 1000 | 94,8% |
| Mujer | 55 | 5,2% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 2. Edad

| | N | % |
|------------|------|--------|
| Hasta 30 | 18 | 1,7% |
| De 31 a 40 | 158 | 15,0% |
| De 41 a 50 | 399 | 37,8% |
| Más de 50 | 480 | 45,5% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 3. Estado civil

| | N | % |
|---------------------|------|--------|
| Soltero | 78 | 7,4% |
| Casado/Pareja | 655 | 62,1% |
| Viudo | 8 | 0,8% |
| Separado/divorciado | 190 | 18,0% |
| No consta | 124 | 11,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 4. Número de hijos

| | N | % |
|----------------|------|--------|
| Sin hijos | 109 | 10,3% |
| 1 hijo | 174 | 16,5% |
| 2 hijos | 383 | 36,3% |
| 3 hijos | 151 | 14,3% |
| Más de 3 hijos | 65 | 6,2% |
| No consta | 173 | 16,4% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 5. Nivel de estudios

| | N | % |
|-------------------------------|------|--------|
| Primarios / EGB | 246 | 23,3% |
| Graduado Escolar | 199 | 18,9% |
| Bachiller / BUP | 135 | 12,8% |
| COU / Acceso a la universidad | 107 | 10,1% |
| FP-II | 42 | 4,0% |
| Licenciado / Diplomado | 38 | 3,6% |
| FP-I | 88 | 8,3% |
| No consta | 200 | 19,0% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.2 Distribución a nivel nacional

Tabla 6. JSP y Organización Central

| | N | % |
|----------------------|------|--------|
| Madrid | 90 | 8,5% |
| Cataluña | 103 | 9,8% |
| C. Valenciana | 111 | 10,5% |
| Andalucía Occidental | 149 | 14,1% |
| Andalucía Oriental | 96 | 9,1% |
| País Vasco | 35 | 3,3% |
| Aragón | 29 | 2,7% |
| Castilla y León | 29 | 2,7% |
| Castilla La Mancha | 26 | 2,5% |
| Galicia | 59 | 5,6% |
| Asturias | 37 | 3,5% |
| Canarias | 84 | 8,0% |
| Islas Baleares | 28 | 2,7% |
| Navarra | 15 | 1,4% |
| Extremadura | 29 | 2,7% |
| Murcia | 25 | 2,4% |
| Cantabria | 7 | 0,7% |
| La Rioja | 2 | 0,2% |
| Ceuta | 19 | 1,8% |
| Melilla | 11 | 1,0% |
| Organización Central | 71 | 6,7% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 7. Provincia

| | N | % |
|------------------------|------|--------|
| Albacete | 8 | 0,8% |
| Alicante | 52 | 4,9% |
| Almería | 5 | 0,5% |
| Ávila | 5 | 0,5% |
| Badajoz | 24 | 2,3% |
| Barcelona | 69 | 6,5% |
| Vizcaya | 19 | 1,8% |
| Burgos | 6 | 0,6% |
| Cáceres | 6 | 0,6% |
| Cádiz | 61 | 5,8% |
| Castellón | 5 | 0,5% |
| Ceuta | 19 | 1,8% |
| Ciudad Real | 9 | 0,9% |
| Córdoba | 11 | 1,0% |
| Gerona | 12 | 1,1% |
| Granada | 26 | 2,5% |
| Huelva | 11 | 1,0% |
| Huesca | 3 | 0,3% |
| Jaén | 9 | 0,9% |
| La Coruña | 37 | 3,5% |
| Las Palmas | 44 | 4,2% |
| León | 10 | 0,9% |
| Lérida | 9 | 0,9% |
| La Rioja | 2 | 0,2% |
| Lugo | 5 | 0,5% |
| Madrid | 144 | 13,6% |
| Málaga | 64 | 6,1% |
| Melilla | 11 | 1,0% |
| Murcia | 25 | 2,4% |
| Orense | 11 | 1,0% |
| Asturias | 35 | 3,3% |
| Palencia | 5 | 0,5% |
| Baleares | 28 | 2,7% |
| Navarra | 16 | 1,5% |
| Pontevedra | 11 | 1,0% |
| Salamanca | 5 | 0,5% |
| Guipúzcoa | 7 | 0,7% |
| Santa Cruz de Tenerife | 43 | 4,1% |
| Cantabria | 8 | 0,8% |
| Sevilla | 58 | 5,5% |
| Soria | 1 | 0,1% |
| Tarragona | 12 | 1,1% |
| Teruel | 3 | 0,3% |
| Toledo | 8 | 0,8% |
| Valencia | 61 | 5,8% |
| Valladolid | 2 | 0,2% |
| Álava | 7 | 0,7% |
| Zamora | 1 | 0,1% |
| Zaragoza | 22 | 2,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.3 Actividad laboral

Tabla 8. Fecha ingreso en CNP

| | N | % |
|-----------------|------|--------|
| Antes de 1986 | 808 | 76,6% |
| Después de 1986 | 247 | 23,4% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 9. Escala y Categoría, Facultativos y Técnicos

| | N | % |
|---------------------------|------|--------|
| Básica-Policía | 880 | 83,4% |
| Básica-Oficial | 59 | 5,6% |
| Subinspección | 54 | 5,1% |
| Ejecutiva. Inspector | 35 | 3,3% |
| Ejecutiva, Inspector-Jefe | 19 | 1,8% |
| Facultativos y Técnicos | 8 | 0,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 10. Antecedentes de puesto de trabajo

| | N | % |
|---|------|--------|
| Grupos Operativos | 505 | 47,9% |
| Patrullas urbanas | 18 | 1,7% |
| Unidades Polivalentes | 54 | 5,1% |
| Informática | 10 | 0,9% |
| Instructor de tiro | 2 | 0,2% |
| Conductores | 5 | 0,5% |
| Policía Científica | 16 | 1,5% |
| Sala 091 | 13 | 1,2% |
| Radio Patrullas | 89 | 8,4% |
| Jefe de Grupo de Policía Judicial | 1 | 0,1% |
| Seguridad Estática | 125 | 11,8% |
| Talleres | 8 | 0,8% |
| UIP (Unidades de Intervención Policial) | 16 | 1,5% |
| Alta Gestión | 1 | 0,1% |
| Gestión de Grupos Operativos | 13 | 1,2% |
| Servicio de Atención al público | 9 | 0,9% |
| Unidades de Subsuelo | 4 | 0,4% |
| Servicios Administrativos | 22 | 2,1% |
| Unidades de Motos | 12 | 1,1% |
| Guías Caninos | 3 | 0,3% |
| Oficina de Denuncias | 29 | 2,7% |
| Gestión Unidades Administrativas | 4 | 0,4% |
| TEDAX-EDEX | 6 | 0,6% |
| Servicio Sanitario | 7 | 0,7% |
| Helicópteros | 1 | 0,1% |
| Escoltas | 4 | 0,4% |
| GEOS y GOES | 1 | 0,1% |
| Unidades de Caballería | 1 | 0,1% |
| Otras | 24 | 2,3% |
| No consta | 52 | 4,9% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 11. Puesto de trabajo cuando causa Baja

| | N | % |
|----------------------------|------|--------|
| Investigador Escala Básica | 15 | 1,4% |
| Jefe de Equipo Operativo | 34 | 3,2% |
| Investigador Inspector | 15 | 1,4% |
| Personal Operativo Policía | 588 | 55,7% |
| Personal ODAC | 15 | 1,4% |
| Otros | 388 | 36,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 12. Destino

| | N | % |
|--------------------|------|--------|
| BLSC | 233 | 22,1% |
| BPSC | 411 | 39,0% |
| Unidades adscritas | 14 | 1,3% |
| Comisarias locales | 61 | 5,8% |
| Otros | 336 | 31,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 13. Antigüedad en CNP

| | N | % |
|-------|------|--------|
| <=5 | 30 | 2,8% |
| 6-15 | 155 | 14,7% |
| 16-25 | 200 | 19,0% |
| 26-35 | 645 | 61,1% |
| >35 | 25 | 2,4% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 14. Expedientes Disciplinarios. Sanciones

| | N | % |
|-------|------|--------|
| No | 667 | 63,2% |
| Si | 388 | 36,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.4 Antecedentes patológicos familiares

Tabla 15. Antecedentes patológicos del padre

| | N | % |
|--------------------|------|--------|
| Físicos | 511 | 48,4% |
| Psíquicos | 48 | 4,5% |
| Suicidio | 5 | 0,5% |
| Ninguno de interés | 342 | 32,4% |
| No consta | 149 | 14,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 16. Antecedentes patológicos de la madre

| | N | % |
|--------------------|------|--------|
| Físicos | 346 | 32,8% |
| Psíquicos | 82 | 7,8% |
| Suicidio | 4 | 0,4% |
| Ninguno de interés | 477 | 45,2% |
| No consta | 146 | 13,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 17. Antecedentes patológicos de hermanos

| | N | % |
|---|------|--------|
| Físicos | 131 | 12,4% |
| Psíquicos | 137 | 13,0% |
| Físicos y psíquicos | 12 | 1,1% |
| Suicidio | 4 | 0,4% |
| Consumo de drogas y/o problemas legales | 9 | 0,9% |
| Ninguno de interés | 535 | 50,7% |
| No tiene hermanos | 34 | 3,2% |
| No consta | 193 | 18,3% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.5 Antecedentes patológicos personales

Tabla 18. Antecedentes infancia-adolescencia

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| No | 706 | 66,9% |
| Si | 60 | 5,7% |
| No consta | 289 | 27,4% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 19. Antecedentes enfermedades somáticas

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| No consta | 137 | 13,0% |
| Si | 918 | 87,0% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 20. Antecedentes trastornos mentales

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| No consta | 710 | 67,3% |
| Si | 345 | 32,7% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 21. Antecedentes A. Vitales Estresantes

| | N | % |
|---|------|--------|
| Fallecimiento de cónyuge / hijos | 32 | 3,0% |
| Conflictiva con familia de origen | 11 | 1,0% |
| Problemas legales | 59 | 5,6% |
| Conflictiva familiar; Separación; Problemas con la pareja y/o con los hijos | 151 | 14,3% |
| Problema familiar y económico | 21 | 2,0% |
| Muerte de familiar cercano / Muerte de compañero | 4 | 0,4% |
| Atentado Terrorista | 11 | 1,0% |
| Disparo a un delincuente | 5 | 0,5% |
| Refiere sobrecarga, estrés laboral | 167 | 15,8% |
| Refiere problemática laboral y familiar | 54 | 5,1% |
| Agredido / Amenazado por: delincuentes, manifestantes u otros | 20 | 1,9% |
| Refiere problemas con: superiores / subordinados / compañeros | 71 | 6,7% |
| Problemas familiares y legales | 13 | 1,2% |
| Lesiones realizando ejercicios prácticos | 3 | 0,3% |
| Enfermedad grave de familiar / familiares | 22 | 2,1% |
| Accidente de tráfico | 36 | 3,4% |
| Enfermedad somática. | 21 | 2,0% |
| Inoculación accidental (AS) | 1 | 0,1% |
| Accidente aéreo | 1 | 0,1% |
| Nombre del funcionario en documentos incautados a ETA | 5 | 0,5% |
| No consta | 347 | 32,9% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.5.1 Antecedentes de Abuso/Dependencia

Tabla 22. Tabaco

| | N | % |
|-------------------------------------|------|--------|
| Niega consumo | 275 | 26,1% |
| Ocasional / moderado | 132 | 12,5% |
| Consumo perjudicial /dependencia | 300 | 28,4% |
| Antecedentes de consumo perjudicial | 97 | 9,2% |
| No consta | 251 | 23,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 23. Alcohol

| | N | % |
|------------------------------------|------|--------|
| Niega consumo | 349 | 33,1% |
| Ocasional / moderado | 238 | 22,6% |
| Consumo perjudicial / abuso | 128 | 12,1% |
| Dependencia | 39 | 3,7% |
| Antecedente de consumo perjudicial | 72 | 6,8% |
| No consta | 229 | 21,7% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 24. Fármacos

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| Niega | 233 | 22,1% |
| Si | 17 | 1,6% |
| No consta | 805 | 76,3% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 25. Otras drogas

| | N | % |
|------------------------------------|------|--------|
| Niega consumo | 234 | 22,2% |
| Ocasional | 4 | 0,4% |
| Consumo perjudicial | 7 | 0,7% |
| Dependencia | 8 | 0,8% |
| Antecedente consumo / dependencia. | 1 | 0,1% |
| No consta | 801 | 75,9% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.5.2 Otros antecedentes

Tabla 26. Uso de Servicios de Urgencia

| | N | % |
|---|------|--------|
| No | 67 | 6,4% |
| Pensamientos, ideación, intento de suicidio | 75 | 7,1% |
| Tras sufrir agresión/es. | 11 | 1,0% |
| Patología osteomioarticular | 17 | 1,6% |
| Intoxicación etílica / Abuso de alcohol | 3 | 0,3% |
| Sintomatología ansiosa / Crisis de ansiedad | 69 | 6,5% |
| Crisis convulsiva | 3 | 0,3% |
| Crisis hipertensiva | 3 | 0,3% |
| Tras sufrir un accidente de tráfico | 19 | 1,8% |
| Otros motivos | 195 | 18,5% |
| No consta | 593 | 56,2% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 27. Hospitalizaciones

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| No | 41 | 3,9% |
| Si | 533 | 50,5% |
| No consta | 481 | 45,6% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 28. Intentos de suicidio

| | N | % |
|--------------------------------|------|--------|
| No | 904 | 85,7% |
| Arma de fuego | 4 | 0,4% |
| Fármacos / drogas y/o alcohol | 39 | 3,7% |
| Varios intentos | 23 | 2,2% |
| Pensamientos sin planificación | 77 | 7,3% |
| Otros | 8 | 0,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

| |
|---|
| 15.2.5.3 Antecedentes de baja por Incapacidad Temporal. |
|---|

Tabla 29. Nº de IT físicas anteriores a la última baja

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| 1 | 120 | 11,4% |
| 2 | 159 | 15,1% |
| 3 | 107 | 10,1% |
| 4 | 88 | 8,3% |
| 5 | 91 | 8,6% |
| 6 | 75 | 7,1% |
| 7 | 62 | 5,9% |
| 8 | 40 | 3,8% |
| 9 | 36 | 3,4% |
| 10 | 34 | 3,2% |
| Más de 10 | 135 | 12,8% |
| No consta | 108 | 10,2% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 30. Nº de IT Psíquicas anteriores a la última baja

| | N | % |
|-----------|------|--------|
| 1 | 229 | 21,7% |
| 2 | 64 | 6,1% |
| 3 | 31 | 2,9% |
| 4 | 13 | 1,2% |
| 5 | 6 | 0,6% |
| Más de 5 | 7 | 0,7% |
| No consta | 705 | 66,8% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.6 Baja inicial de I.T.

Tabla 31. Diagnóstico de baja CIE-9-MC

| | | N | % |
|---|--|-----|--------|
| Enf. Infecciosas CIE-9: 001-139 | 070.9 Hepatitis viral crónica | 2 | 66,7% |
| | 122.8 Hidatidosis sin especificar | 1 | 33,3% |
| | Total | 3 | 100,0% |
| Neoplasias CIE-9: 140-239 | 185 Neoplasia maligna de próstata | 1 | 25,0% |
| | 239 Neoplasia de naturaleza no especificada | 1 | 25,0% |
| | 174 Carcinoma primario mama; | 1 | 25,0% |
| | 214 Lipoma | 1 | 25,0% |
| | Total | 4 | 100,0% |
| Enf. Endocrinas, de la nutrición y metabólicas CIE-9: 240-279 | 242.8 Tiroidosis de otro origen especificado | 1 | 33,3% |
| | 245 Tiroiditis | 1 | 33,3% |
| | 279 Trastornos que implican el mecanismo inmunitario | 1 | 33,3% |
| | Total | 3 | 100,0% |
| Enf. Sangre CIE-9: 280-289 | 288 Enfermedades de glóbulos blancos | 1 | 50,0% |
| | 286 Defectos de coagulación | 1 | 50,0% |
| | Total | 2 | 100,0% |
| Trastornos Mentales CIE-9: 290-319 | Trastorno mixto ansioso-depresivo | 52 | 6,6% |
| | 308 Reacción aguda al estrés | 36 | 4,5% |
| | 300 Trastornos neuróticos | 104 | 13,1% |
| | 309 Reacción de adaptación | 96 | 12,1% |
| | 300.4 Depresión neurótica | 116 | 14,6% |
| | 311 Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos | 133 | 16,8% |
| | 316 Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas en otros conceptos | 2 | 0,3% |
| | 309.1 Reacción depresiva prolongada | 23 | 2,9% |
| | 296.30 Trastorno depresivo recurrente no especificado | 7 | 0,9% |
| | 295 Trastornos esquizofrénicos | 1 | 0,1% |
| | 300.5 Neurastenia | 3 | 0,4% |
| | 308.9 Reacción aguda no especificada al estrés | 9 | 1,1% |
| | 298 Otras psicosis no orgánicas | 5 | 0,6% |
| | 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados bajo otros conceptos | 6 | 0,8% |
| | 290 Psicosis orgánicas senil y presenil | 2 | 0,3% |
| | 309.4 Reacción de adaptación con alteración simultánea de las emociones y de la conducta | 11 | 1,4% |
| | 309.0 Reacción depresiva breve | 11 | 1,4% |
| | 300.3 Trastornos obsesivo-compulsivos | 7 | 0,9% |
| | 292 Psicosis por drogas | 1 | 0,1% |
| | 293 Psicosis orgánicas transitorias | 3 | 0,4% |
| | 309.29 Otras reacciones de adaptación con perturbación predominante de otras emociones | 5 | 0,6% |
| | 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada | 4 | 0,5% |
| | 303 Síndrome de dependencia del alcohol | 7 | 0,9% |
| | 296 Psicosis afectiva | 24 | 3,0% |
| | 300.01 Trastorno de pánico | 12 | 1,5% |
| | 312 Perturbación del comportamiento no clasificada bajo otros conceptos | 3 | 0,4% |
| | 297 Estados paranoides | 3 | 0,4% |
| | 300.00 Trastorno de ansiedad no especificado | 18 | 2,3% |
| | 300.2 Trastornos fóbicos | 5 | 0,6% |
| | 296.2 Trastorno depresivo mayor | 26 | 3,3% |

| | | N | % |
|--|---|-----|--------|
| | 309.28 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo | 5 | 0,6% |
| | 300.20 Otros trastornos de ansiedad fóbica | 4 | 0,5% |
| | 300.21 Trastorno de angustia con agorafobia | 5 | 0,6% |
| | 296.80 Trastorno bipolar no especificado | 3 | 0,4% |
| | 294 Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos) | 2 | 0,3% |
| | 300.1 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas | 4 | 0,5% |
| | 301 Trastorno de la personalidad | 6 | 0,8% |
| | 300.22 Agorafobia sin ataques de pánico | 1 | 0,1% |
| | 309.9 Trastorno adaptativo no especificado | 14 | 1,8% |
| | 310 Trastorno mental no psicótico por lesión cerebral orgánica | 1 | 0,1% |
| | 296.24 Trastorno depresivo mayor episodio único grave con síntomas psicóticos | 2 | 0,3% |
| | 300.12 Amnesia disociativa | 2 | 0,3% |
| | 305 Abuso de drogas sin dependencia. | 2 | 0,3% |
| | 300.19 Trastorno disociativo mixto | 1 | 0,1% |
| | 300.89 Otros trastornos de somatización | 1 | 0,1% |
| | 296.33 Trastorno depresivo mayor recidivante grave sin síntomas psicóticos | 1 | 0,1% |
| | 309.24 Trastorno adaptativo con ansiedad | 2 | 0,3% |
| | 309.81 Trastorno de estrés postraumático | 1 | 0,1% |
| | 298.9 Trastorno psicótico no especificado | 1 | 0,1% |
| | Total | 793 | 100,0% |
| Enf. Sistema nervioso y órganos de los sentidos CIE-9: 320-389 | 357 Neuropatía Inflamatoria y tóxica | 1 | 6,3% |
| | 351 Trastornos del nervio facial | 1 | 6,3% |
| | 346 Migrañas | 1 | 6,3% |
| | 361.3 Defectos retinianos sin desprendimiento | 1 | 6,3% |
| | 349 Otros trastornos y los no especificados del sistema nervioso | 1 | 6,3% |
| | 380 Alteraciones en oído externo | 1 | 6,3% |
| | 386 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular | 4 | 25,0% |
| | 345 Epilepsia | 1 | 6,3% |
| | 388 Otras alteraciones del oído | 2 | 12,5% |
| | 384 Otras alteraciones del tímpano | 1 | 6,3% |
| | CIE-9-MC 361 Desprendimiento y defectos de la retina | 1 | 6,3% |
| | 368 Perturbaciones visuales | 1 | 6,3% |
| | Total | 16 | 100,0% |
| Enf. Sistema circulatorio CIE-9: 390-459 | 414 Otras formas de enfermedades cardíacas isquémicas crónicas | 5 | 16,7% |
| | 427 Disritmias cardíacas | 3 | 10,0% |
| | 432 Otra hemorragia intracraneal y hemorragia intracraneal no especificada de otra manera | 2 | 6,7% |
| | 426 Alteraciones de conducción | 1 | 3,3% |
| | 410 Infarto agudo de miocardio | 5 | 16,7% |
| | 402 Cardiopatía hipertensiva | 1 | 3,3% |
| | 451 Flebitis y tromboflebitis | 1 | 3,3% |
| | 401 Hipertensión arterial esencial | 3 | 10,0% |
| | 435 Isquemia cerebral transitoria | 5 | 16,7% |
| | 428 Insuficiencia cardíaca. | 2 | 6,7% |
| | 452 Trombosis de la vena Porta | 1 | 3,3% |
| | 411 Angina inestable | 1 | 3,3% |
| | Total | 30 | 100,0% |
| Enf. Ap. Respiratorio CIE-9: 460-519 | 493 Asma | 1 | 33,3% |
| | 461 Sinusitis aguda | 1 | 33,3% |
| | 494 Bronquiectasias | 1 | 33,3% |
| | Total | 3 | 100,0% |

| | | N | % |
|--|---|----|--------|
| Enf. Ap. Digestivo CIE-9: 520-579 | 533 Úlcera péptica, sitio no especificado | 1 | 7,7% |
| | 571.4 Hepatitis crónica | 2 | 15,4% |
| | 537 Otras alteraciones gastroduodenales | 1 | 7,7% |
| | 535.0 Gastritis aguda | 1 | 7,7% |
| | 535 Gastritis y duodenitis | 2 | 15,4% |
| | 571 Enfermedad hepática y cirrosis crónica | 1 | 7,7% |
| | 564 Alteraciones funcionales digestivas no clasificables en otro concepto | 1 | 7,7% |
| | 577.0 Pancreatitis aguda | 1 | 7,7% |
| | 560 Obstrucción intestinal sin hernia | 1 | 7,7% |
| | 569 Otras alteraciones intestinales | 2 | 15,4% |
| | Total | 13 | 100,0% |
| Enf. Ap. Genitourinario CIE-9: 580-629 | 592 Cálculo de riñón y uréter | 1 | 100,0% |
| | Total | 1 | 100,0% |
| Complicaciones del embarazo CIE-9: 630-677 | 640 Hemorragia en fase temprana del embarazo | 1 | 100,0% |
| | Total | 1 | 100,0% |
| Enf. Osteomioarticular CIE-9: 710-739 | 717. Trastorno interno rodilla | 8 | 10,7% |
| | 729 Otros trastornos de tejidos blandos | 4 | 5,3% |
| | 723 Otros trastornos de la región cervical | 12 | 16,0% |
| | 713 Artropatía asociada a otros trastornos clasificados bajo otros conceptos | 5 | 6,7% |
| | 724.3 Lumbalgia con radiculopatía asociada | 6 | 8,0% |
| | 724 Otras alteraciones de la espalda no especificadas | 10 | 13,3% |
| | 710 Enfermedades difusas de los tejidos conectivos | 1 | 1,3% |
| | 722.4 Degeneración de disco intervertebral cervical | 2 | 2,7% |
| | 728.6 Contractura de fascia palmar | 2 | 2,7% |
| | 724.2 Lumbalgia sin radiculopatía asociada | 5 | 6,7% |
| | 726 Tendinitis inserciones periféricas y síndromes conexos | 5 | 6,7% |
| | 726.32 Epicondilitis lateral | 2 | 2,7% |
| | 722 Trastorno del disco intervertebral | 3 | 4,0% |
| | 719 Otros trastornos y trastornos de articulación no especificados de otra manera | 2 | 2,7% |
| | 717.5 Alteraciones del menisco no clasificadas bajo otro concepto | 1 | 1,3% |
| | 726.64 Tendinitis rotuliana | 1 | 1,3% |
| | 726.11 Tendinitis calcificante del hombro | 1 | 1,3% |
| | 717.7 Condromalacia rotuliana | 1 | 1,3% |
| | 715 Osteoartrosis y trastornos conexos | 1 | 1,3% |
| | 716 Otras artropatías y artropatías no especificadas | 3 | 4,0% |
| | Total | 75 | 100,0% |
| Síntomas, signos CIE-9: 780-799 | 780 Síntomas generales | 1 | 16,7% |
| | 787 Síntomas que afectan al aparato digestivo | 1 | 16,7% |
| | 781 Síntomas que afectan sistema nervioso / aparato musculoesquelético | 1 | 16,7% |
| | 789 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis | 1 | 16,7% |
| | 784 Síntomas que afectan a cabeza y cuello | 2 | 33,3% |
| | Total | 6 | 100,0% |
| Lesiones CIE-9: 800-999 | 802 Fractura huesos faciales | 2 | 3,5% |
| | 840 Esguinces y torceduras de hombro y brazo | 3 | 5,3% |
| | 850 Contusión (Incluye conmoción cerebral) | 7 | 12,3% |
| | 920 Contusión de cara, cuero cabelludo y cuello salvo ojo(s) | 2 | 3,5% |
| | 812 Fractura de húmero | 1 | 1,8% |
| | 847 Esguinces y torceduras de otras partes de la espalda no clasificadas de otra manera | 10 | 17,5% |
| | 875 Herida abierta de tórax (pared) | 2 | 3,5% |

| | | N | % |
|-------|---|------|--------|
| | 929 Lesión por aplastamiento de múltiples sitios y sitios no especificados de otra manera | 1 | 1,8% |
| | 848 Otros esguinces y torceduras y esguinces / torceduras mal definidos | 3 | 5,3% |
| | 907 Efecto tardío de lesiones del sistema nervioso. | 1 | 1,8% |
| | 923 Contusión miembro superior | 2 | 3,5% |
| | 819 Fracturas múltiples miembros superiores / y costilla(s) / esternón | 3 | 5,3% |
| | 924 Contusión de miembro inferior y otros sitios no especificados | 4 | 7,0% |
| | 823 Fractura de tibia y peroné | 2 | 3,5% |
| | 845 Esguinces y torceduras de tobillo y pie | 1 | 1,8% |
| | 813 Fractura de radio y cúbito | 1 | 1,8% |
| | 980 Efecto tóxico de alcohol | 2 | 3,5% |
| | 873 Herida abierta de la cabeza | 2 | 3,5% |
| | 958 Complicaciones precoces de los traumatismos | 1 | 1,8% |
| | 852 Hemorragia subaracnoidea / subdural / extradural tras lesión | 1 | 1,8% |
| | 959 Otros traumatismos y los no especificados | 2 | 3,5% |
| | 891 Herida abierta de rodilla, pierna (salvo muslo) y tobillo | 1 | 1,8% |
| | 842 Esguinces y torceduras de muñeca y mano | 1 | 1,8% |
| | 807 Fractura de costillas | 1 | 1,8% |
| | 886 Amputación traumática de otro dedo mano (completa) (parcial) | 1 | 1,8% |
| | Total | 57 | 100,0% |
| Otros | Sin diagnóstico | 10 | 20,8% |
| | Sin baja y sin diagnóstico.(Suspensión de funciones) | 33 | 68,8% |
| | V71.09 Diagnóstico aplazado | 4 | 8,3% |
| | V62.2 Problema laboral | 1 | 2,1% |
| | Total | 48 | 100,0% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

Tabla 32. Clasificación WONCA (CIPSAP)

| | N | % |
|--|------|--------|
| Sin diagnóstico | 43 | 4,1% |
| I Infecciosa y parasitaria | 3 | 0,3% |
| II Neoplasias | 4 | 0,4% |
| III Endocrino, metabólico y de nutrición | 3 | 0,3% |
| IV Enfermedades de la sangre | 2 | 0,2% |
| V Alteraciones mentales | 793 | 75,2% |
| VI Sistema nervioso y órganos de los sentidos | 16 | 1,5% |
| VII Aparato circulatorio | 30 | 2,8% |
| VIII Aparato respiratorio | 3 | 0,3% |
| IX Aparato digestivo | 13 | 1,2% |
| X Aparato urogenital (incluyendo mama) | 1 | 0,1% |
| XI Embarazo parto y puerperio | 1 | 0,1% |
| XIII Aparato locomotor y tejido conjuntivo | 75 | 7,1% |
| XVI Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos | 6 | 0,6% |
| XVII Lesiones y efectos adversos | 57 | 5,4% |
| Otros: Diagnóstico aplazado, Problema laboral | 5 | 0,5% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 33. Médico que firma el parte de Baja inicial

| | N | % |
|-------------------|------|--------|
| Sin baja | 44 | 4,2% |
| Médico de Familia | 921 | 87,3% |
| Psiquiatra | 79 | 7,5% |
| Otro especialista | 11 | 1,0% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.7 Informe Clínico del CNP. Diagnóstico psiquiátrico CIE-10

Tabla 34. Diagnóstico psiquiátrico en el IC del CNP

| | | Total | % |
|----------------------------|----|-------|--------|
| F00-F09 | No | 1049 | 99,4% |
| | Si | 6 | 0,6% |
| F10-F19 | No | 999 | 94,7% |
| | Si | 56 | 5,3% |
| F20-F29 | No | 1027 | 97,3% |
| | Si | 28 | 2,7% |
| F30-F39 | No | 773 | 73,3% |
| | Si | 282 | 26,7% |
| F40-F48 | No | 592 | 56,1% |
| | Si | 463 | 43,9% |
| F50-F59 | No | 1054 | 99,9% |
| | Si | 1 | 0,1% |
| F60-F69 | No | 1011 | 95,8% |
| | Si | 44 | 4,2% |
| Otros | No | 1047 | 99,2% |
| | Si | 8 | 0,8% |
| Total del grupo de estudio | | 1055 | 100,0% |

15.2.8 Informe Clínico del CNP. Diagnóstico físico CIE-10

Tabla 35. Diagnósticos físicos en el IC del CNP

| | | N | % |
|--|----|------|--------|
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | 1047 | 99,2% |
| | Si | 8 | 0,8% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | 1042 | 98,8% |
| | Si | 13 | 1,2% |
| D50-D89 Enf. Sangre y órganos hematopoyéticos | No | 1053 | 99,8% |
| | Si | 2 | 0,2% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | 1016 | 96,3% |
| | Si | 39 | 3,7% |
| G00-G99 Enf. Sistema nervioso | No | 1015 | 96,2% |
| | Si | 40 | 3,8% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | 1050 | 99,5% |
| | Si | 5 | 0,5% |
| H60-H95 Enf del oído | No | 1029 | 97,5% |
| | Si | 26 | 2,5% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | 976 | 92,5% |
| | Si | 79 | 7,5% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | 1036 | 98,2% |
| | Si | 19 | 1,8% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | 1051 | 99,6% |
| | Si | 4 | 0,4% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo | No | 908 | 86,1% |
| | Si | 147 | 13,9% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | 1043 | 98,9% |
| | Si | 12 | 1,1% |
| R00-R99 Síntomas signos y hallazgos anormales | No | 1017 | 96,4% |
| | Si | 38 | 3,6% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamientos y otros | No | 986 | 93,5% |
| | Si | 69 | 6,5% |
| Total del grupo de estudio | | 1055 | 100,0% |

| | |
|---------------|--|
| 15.2.9 | Informe Clínico del CNP. Pruebas diagnósticas |
|---------------|--|

Tabla 36. Pruebas diagnósticas del IC del CNP

| | | N | % |
|--------------------------|----------------------------|------|--------|
| Radiografías | No consta | 923 | 87,5% |
| | Si | 132 | 12,5% |
| Escáner (TAC) | No consta | 924 | 87,6% |
| | Si | 131 | 12,4% |
| RMN | No consta | 788 | 74,7% |
| | Si | 267 | 25,3% |
| Ecografía /Eco-Doppler | No consta | 956 | 90,6% |
| | Si | 99 | 9,4% |
| Análisis Clínicos | No consta | 812 | 77,0% |
| | Si | 243 | 23,0% |
| EEG y Cartografía | No consta | 998 | 94,6% |
| | Si | 57 | 5,4% |
| Exploración Cardiológica | No consta | 927 | 87,9% |
| | Si | 128 | 12,1% |
| Estudio Polisomnográfico | No consta | 1036 | 98,2% |
| | Si | 19 | 1,8% |
| Otras Pr. Diagnósticas | No consta | 859 | 81,4% |
| | Si | 196 | 18,6% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

15.2.10 Datos de Informes Psicológicos

15.2.10.1 Datos de Informes Psicológicos realizados en el CNP

Tabla 37. Datos de Informes Psicológicos realizados en el CNP

| | | N | % |
|------------------------------|----------------------------|------|--------|
| Trastorno de la personalidad | No consta | 828 | 78,5% |
| | Si | 227 | 21,5% |
| Depresión | No consta | 911 | 86,4% |
| | Si | 144 | 13,6% |
| Trastorno de ansiedad | No consta | 765 | 72,5% |
| | Si | 290 | 27,5% |
| Consumo sustancias | No consta | 1004 | 95,2% |
| | Si | 51 | 4,8% |
| Alteraciones cognitivas | No consta | 1032 | 97,8% |
| | Si | 23 | 2,2% |
| Otros datos | No consta | 907 | 86,0% |
| | Si | 148 | 14,0% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

15.2.10.2 Datos de Informes Psicológicos externos al CNP

Tabla 38. Datos de Informes Psicológicos externos al CNP

| | | N | % |
|---|----------------------------|------|--------|
| Trastorno de la personalidad | No consta | 1023 | 97,0% |
| | Si | 32 | 3,0% |
| Trastornos afectivos | No consta | 991 | 93,9% |
| | Si | 64 | 6,1% |
| Trastornos neuróticos | No consta | 888 | 84,2% |
| | Si | 167 | 15,8% |
| Trastornos consumo sustancias psicotropas | No consta | 1043 | 98,9% |
| | Si | 12 | 1,1% |
| Trastornos psicóticos | No consta | 1047 | 99,2% |
| | Si | 8 | 0,8% |
| Perfil neuropsicológico | No consta | 1047 | 99,2% |
| | Si | 8 | 0,8% |
| Otros datos del Informe | No consta | 999 | 94,7% |
| | Si | 56 | 5,3% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

15.2.11 Informes Clínicos del CNP. Tratamientos

Tabla 39. Tratamientos en el IC del CNP

| | N | % |
|---|------|--------|
| No consta | 704 | 66,7% |
| Farmacológico | 169 | 16,0% |
| Rehabilitación | 12 | 1,1% |
| Quirúrgico | 62 | 5,9% |
| Farmacológico y Rehabilitador | 42 | 4,0% |
| Rehabilitador y Quirúrgico | 22 | 2,1% |
| Farmacológico y Otros | 1 | 0,1% |
| Farmacológico, Rehabilitador y Quirúrgico | 13 | 1,2% |
| Farmacológico y Quirúrgico | 19 | 1,8% |
| Quirúrgico y Otros | 1 | 0,1% |
| Farmacológico, Rehabilitación y Otros | 1 | 0,1% |
| Otros | 9 | 0,9% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.12 Informe Clínico del CNP. Propuesta

Tabla 40. Propuesta en el IC del CNP

| | Total | % |
|---|-------|--------|
| Valoración por Salud Mental del Servicio Sanitario Central | 195 | 18,5% |
| Valoración por Tribunal Médico / Cambio de situación administrativa | 535 | 50,7% |
| Continuar en I.T. | 124 | 11,8% |
| Sin propuesta | 201 | 19,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.13 Informes en el Expediente Clínico-Laboral

15.2.13.1 Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 externos al CNP

Tabla 41. Psiquiatras de MUFACE

| | | N | % |
|-----------------------|----------------------------|------|--------|
| F00-F09 | No | 1046 | 99,1% |
| | Si | 9 | 0,9% |
| F10-F19 | No | 976 | 92,5% |
| | Si | 79 | 7,5% |
| F20-F29 | No | 1006 | 95,4% |
| | Si | 49 | 4,6% |
| F30-F39 | No | 632 | 59,9% |
| | Si | 423 | 40,1% |
| F40-F42 | No | 738 | 70,0% |
| | Si | 317 | 30,0% |
| F43-F48 | No | 748 | 70,9% |
| | Si | 307 | 29,1% |
| F50-F59 | No | 1051 | 99,6% |
| | Si | 4 | 0,4% |
| F60-F69. | No | 923 | 87,5% |
| | Si | 132 | 12,5% |
| Otros procesos CIE-10 | No | 894 | 84,7% |
| | Si | 161 | 15,3% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

Tabla 42. Especialista externo a CNP y a MUFACE

| | | Total | % |
|-----------------------|----------------------------|-------|--------|
| F00-F09 | No | 1042 | 98,8% |
| | Si | 13 | 1,2% |
| F10-F19 | No | 1014 | 96,1% |
| | Si | 41 | 3,9% |
| F20-F29 | No | 1023 | 97,0% |
| | Si | 32 | 3,0% |
| F30-F39 | No | 858 | 81,3% |
| | Si | 197 | 18,7% |
| F40-F48 | No | 618 | 58,6% |
| | Si | 437 | 41,4% |
| F60-F69 | No | 916 | 86,8% |
| | Si | 139 | 13,2% |
| Otros procesos CIE-10 | No | 1051 | 99,6% |
| | Si | 4 | 0,4% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

15.2.13.2 Informes de especialistas no psiquiatras

Tabla 43. Informes especialistas no psiquiatras

| | | N | % |
|----------------------------|----|------|--------|
| Trauma/Reumatología | No | 783 | 74,2% |
| | Si | 272 | 25,8% |
| Medicina Interna | No | 1005 | 95,3% |
| | Si | 50 | 4,7% |
| Cardiología | No | 987 | 93,6% |
| | Si | 68 | 6,4% |
| Neumología | No | 1034 | 98,0% |
| | Si | 21 | 2,0% |
| Aparato Digestivo | No | 1012 | 95,9% |
| | Si | 43 | 4,1% |
| Endocrinología y Nutrición | No | 1031 | 97,7% |
| | Si | 24 | 2,3% |
| Nefro-Urología | No | 1040 | 98,6% |
| | Si | 15 | 1,4% |
| Cirugía | No | 894 | 84,7% |
| | Si | 161 | 15,3% |
| O.R.L. | No | 982 | 93,1% |
| | Si | 73 | 6,9% |
| Oftalmología | No | 1030 | 97,6% |
| | Si | 25 | 2,4% |
| Neurología | No | 944 | 89,5% |
| | Si | 111 | 10,5% |
| Médico de Familia | No | 802 | 76,0% |
| | Si | 253 | 24,0% |
| Otras especialidades | No | 1049 | 99,4% |
| | Si | 6 | 0,6% |
| Total del grupo de estudio | | 1055 | 100,0% |

15.2.13.3 Informes periciales

Tabla 44. Informes periciales

| | | Total | % |
|----------------------------|----|-------|--------|
| Psiquiatra | No | 1006 | 95,4% |
| | Si | 49 | 4,6% |
| Psicólogo | No | 1040 | 98,6% |
| | Si | 15 | 1,4% |
| Traumatólogo | No | 1044 | 99,0% |
| | Si | 11 | 1,0% |
| Valorador Daño Corporal | No | 1023 | 97,0% |
| | Si | 32 | 3,0% |
| Medicina Legal y Forense | No | 1045 | 99,1% |
| | Si | 10 | 0,9% |
| Médico Forense | No | 1015 | 96,2% |
| | Si | 40 | 3,8% |
| Otros Peritos | No | 1049 | 99,4% |
| | Si | 6 | 0,6% |
| Total del grupo de estudio | | 1055 | 100,0% |

15.2.13.4 Tratamientos que constan en el Expediente Clínico Laboral

Tabla 45. Tratamientos

| | | Total | % |
|----------------------------|----|-------|--------|
| Psicofarmacológico | No | 43 | 4,1% |
| | Si | 1012 | 95,9% |
| Psicoterapia | No | 771 | 73,1% |
| | Si | 284 | 26,9% |
| Rehabilitación | No | 893 | 84,6% |
| | Si | 162 | 15,4% |
| Hospitalización | No | 753 | 71,4% |
| | Si | 302 | 28,6% |
| Alcohol / Drogas | No | 1009 | 95,6% |
| | Si | 46 | 4,4% |
| Total del grupo de estudio | | 1055 | 100,0% |

15.2.14 Situación administrativa previa al último Tribunal Médico

Tabla 46. Situación administrativa previa al último TM

| | Total | % |
|--------------------------------------|-------|--------|
| Segunda actividad por edad c/d | 34 | 3,2% |
| Activo | 985 | 93,4% |
| Suspenso de funciones | 24 | 2,3% |
| Segunda actividad por enfermedad c/d | 2 | 0,2% |
| Interno en Centro Penitenciario | 10 | 0,9% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.14.1 Tribunales Médicos anteriores

Tabla 47. Tribunales Médicos anteriores con diagnósticos Somáticos y/o Psiquiátricos

| | Total | % |
|----------|-------|--------|
| Ninguno | 830 | 78,7% |
| 1 | 172 | 16,3% |
| 2 | 33 | 3,1% |
| 3 | 15 | 1,4% |
| Más de 3 | 5 | 0,5% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.14.2 Inicio del Tribunal Médico

Tabla 48. Inicio del Tribunal Médico

| | Total | % |
|--|-------|--------|
| Instancia Segunda actividad | 28 | 2,7% |
| Oficio Segunda actividad | 631 | 59,8% |
| Instancia Jubilación por Incapacidad Permanente | 111 | 10,5% |
| Oficio Jubilación por Incapacidad Permanente | 284 | 26,9% |
| Petición de Juez de inicio de Jubilación por Incapacidad Permanente. | 1 | 0,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15 Dictamen del Tribunal Médico

15.2.15.1 Dictamen Tribunal Médico. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10

Tabla 49. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

| | N | % |
|--|------|--------|
| No | 1027 | 97,3% |
| F 06.7 Trastorno cognoscitivo leve | 9 | 0,9% |
| F06.32 Trastorno depresivo orgánico | 10 | 0,9% |
| F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico | 6 | 0,6% |
| Otros | 3 | 0,3% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 50. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas

| | N | % |
|---|------|--------|
| No | 899 | 85,2% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol referido actualmente en abstinencia | 36 | 3,4% |
| F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol | 38 | 3,6% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol | 52 | 4,9% |
| F19.1 Consumo perjudicial de alcohol y Tóxicos actualmente referido en abstinencia | 2 | 0,2% |
| F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicótropas | 7 | 0,7% |
| F10.20 Síndrome de dependencia de alcohol actualmente en abstinencia | 11 | 1,0% |
| F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas | 2 | 0,2% |
| F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica | 5 | 0,5% |
| Otros | 3 | 0,3% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 51. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes

| | N | % |
|---|------|--------|
| No | 999 | 94,7% |
| F20 Esquizofrenia | 10 | 0,9% |
| F21 Trastorno esquizotípico | 2 | 0,2% |
| F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes | 25 | 2,4% |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio | 8 | 0,8% |
| F25 Trastorno esquizoafectivo | 3 | 0,3% |
| Antecedente de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos | 2 | 0,2% |
| F29 Psicosis sin especificación | 6 | 0,6% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 52. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

| | N | % |
|-------------------------------------|------|--------|
| No | 669 | 63,4% |
| F30 Hipomanía | 1 | 0,1% |
| F31 Trastorno bipolar | 23 | 2,2% |
| F32 Episodios depresivos | 186 | 17,6% |
| F33 Trastorno depresivo recurrente | 84 | 8,0% |
| F34 Trastorno del humor persistente | 91 | 8,6% |
| F38 Otros trastornos del humor | 1 | 0,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 53. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

| | N | % |
|--|------|--------|
| No | 482 | 45,7% |
| F40 Trastornos de ansiedad fóbica | 23 | 2,2% |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 245 | 23,2% |
| F42 Trastorno obsesivo compulsivo | 18 | 1,7% |
| F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación | 272 | 25,8% |
| F44 Trastorno disociativo | 1 | 0,1% |
| F45 Trastornos somatomorfos | 14 | 1,3% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 54. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

| | N | % |
|---|------|--------|
| No | 1047 | 99,2% |
| F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación | 3 | 0,3% |
| F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación | 5 | 0,5% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 55. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

| | N | % |
|---|------|--------|
| No | 734 | 69,6% |
| F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad | 13 | 1,2% |
| F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad | 8 | 0,8% |
| F60.2 Trastorno disocial de la personalidad | 1 | 0,1% |
| F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad | 11 | 1,0% |
| F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo | 6 | 0,6% |
| F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite | 8 | 0,8% |
| F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad | 27 | 2,6% |
| F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad | 7 | 0,7% |
| F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad | 1 | 0,1% |
| F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad | 2 | 0,2% |
| F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación | 98 | 9,3% |
| F61.0 Trastorno mixto de la personalidad | 101 | 9,6% |
| F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica | 3 | 0,3% |
| Antecedentes de F63.0 Ludopatía | 3 | 0,3% |
| F63.0 Ludopatía | 3 | 0,3% |
| F63.8 Trastorno explosivo intermitente | 7 | 0,7% |
| F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación | 16 | 1,5% |
| Personalidad con rasgos obsesivos / compulsivos | 4 | 0,4% |
| Personalidad con rasgos paranoides | 1 | 0,1% |
| Personalidad con rasgos evitativos | 1 | 0,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

Tabla 56. Otros procesos CIE-10 TM

| | N | % |
|--|------|--------|
| No | 930 | 88,2% |
| Z56.7 Problema laboral | 5 | 0,5% |
| Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares | 45 | 4,3% |
| Z03.2 No se aprecia psicopatología activa / Asintomático | 23 | 2,2% |
| Z91.5 Intento/s de suicidio | 26 | 2,5% |
| G31.2 Encefalopatía alcohólica | 1 | 0,1% |
| Z65.3 Problemas legales | 25 | 2,4% |
| Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

15.2.15.2 Dictamen Tribunal Médico. Diagnósticos Físicos CIE-10

Tabla 57. Diagnóstico Físico Tribunal Médico

| | | N | % |
|--|----------------------------|------|--------|
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | 1042 | 98,8% |
| | Si | 13 | 1,2% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | 1029 | 97,5% |
| | Si | 26 | 2,5% |
| D50-D89 Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos. | No | 1050 | 99,5% |
| | Si | 5 | 0,5% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | 995 | 94,3% |
| | Si | 60 | 5,7% |
| G00-G99 Enf. del sistema nervioso | No | 988 | 93,6% |
| | Si | 67 | 6,4% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | 1044 | 99,0% |
| | Si | 11 | 1,0% |
| H60-H95 Enf. del oído | No | 1002 | 95,0% |
| | Si | 53 | 5,0% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | 927 | 87,9% |
| | Si | 128 | 12,1% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | 1030 | 97,6% |
| | Si | 25 | 2,4% |
| K00-K93 Enf. Sistema digestivo | No | 1008 | 95,5% |
| | Si | 47 | 4,5% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | 1044 | 99,0% |
| | Si | 11 | 1,0% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo | No | 816 | 77,3% |
| | Si | 239 | 22,7% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | 1042 | 98,8% |
| | Si | 13 | 1,2% |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales | No | 1029 | 97,5% |
| | Si | 26 | 2,5% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamiento y otros | No | 931 | 88,2% |
| | Si | 124 | 11,8% |
| | Total del grupo de estudio | 1055 | 100,0% |

15.2.15.3 Dictamen Tribunal Médico. Tratamiento

Tabla 58. Tratamiento Tribunal Médico

| | | N | % |
|----------------------------|----|------|--------|
| Psicofarmacológico | No | 207 | 19,6% |
| | Si | 848 | 80,4% |
| Farmacológico | No | 874 | 82,8% |
| | Si | 181 | 17,2% |
| Rehabilitación | No | 951 | 90,1% |
| | Si | 104 | 9,9% |
| Quirúrgico | No | 908 | 86,1% |
| | Si | 147 | 13,9% |
| Psicoterapia | No | 828 | 78,5% |
| | Si | 227 | 21,5% |
| Hospitalario | No | 974 | 92,3% |
| | Si | 81 | 7,7% |
| Otros tratamientos | No | 1037 | 98,3% |
| | Si | 18 | 1,7% |
| Total del grupo de estudio | | 1055 | 100,0% |

15.2.15.4 Dictamen Tribunal Médico. Evolución previsible

Tabla 59. Evolución previsible. Tribunal Médico

| | N | % |
|--|------|--------|
| Mejoría clínica / Favorable | 24 | 2,3% |
| Patología estabilizada | 378 | 35,8% |
| Incierta, dudosa reversibilidad | 131 | 12,4% |
| No agotadas posibilidades terapéuticas | 19 | 1,8% |
| Ligada a circunstancias legales | 30 | 2,8% |
| Cronicidad / desfavorable | 408 | 38,7% |
| Incierta, ligada a hábito tóxico | 36 | 3,4% |
| Evolución con recidivas | 29 | 2,7% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15.5 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta

Tabla 60. Propuesta del Tribunal Médico

| | N | % |
|--|------|--------|
| No procede Segunda actividad | 50 | 4,7% |
| No procede Jubilación por Incapacidad Permanente | 31 | 2,9% |
| Propuesta de Segunda actividad | 394 | 37,3% |
| Propuesta de Jubilación por Incapacidad Permanente Total | 262 | 24,8% |
| Propuesta de Jubilación por Incapacidad Permanente Absoluta | 95 | 9,0% |
| No procede Segunda actividad, estimando que la patología que presenta es tributaria de Jubilación por Incapacidad Permanente Total | 202 | 19,1% |
| No procede Jubilación por Incapacidad Permanente. Propuesta de Segunda actividad | 11 | 1,0% |
| No procede permanecer en Segunda actividad, estimando que la patología que presenta es tributaria de Jubilación por Incapacidad Permanente Total | 5 | 0,5% |
| No procede el pase a Segunda actividad. La patología que presenta es tributaria de Jubilación por Incapacidad Permanente Absoluta | 5 | 0,5% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15.6 Alegaciones al dictamen del Tribunal Médico

Tabla 61. Alegaciones al TM

| | N | % |
|-------|------|--------|
| No | 910 | 86,3% |
| Si | 145 | 13,7% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15.7 TSJ Contencioso Administrativo

Tabla 62. TSJ Recurso CA

| | N | % |
|---------------------------------|------|--------|
| No | 1043 | 98,9% |
| Jubilación por IP por Sentencia | 12 | 1,1% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15.8 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta de Incapacidad Laboral

Tabla 63. Propuesta de Incapacidad Laboral

| | N | % |
|---|------|--------|
| Segunda Actividad | 397 | 37,6% |
| Jubilación por Incapacidad Permanente Total | 469 | 44,5% |
| Jubilación por Incapacidad Permanente Absoluta | 99 | 9,4% |
| Jubilación por Incapacidad Permanente Total por Sentencia | 12 | 1,1% |
| No procede Jubilación | 28 | 2,7% |
| No procede Segunda actividad | 50 | 4,7% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15.9 Incapacidad

Tabla 64. Incapacidad

| | N | % |
|-------------------|------|--------|
| Psíquica | 521 | 49,4% |
| Psíquica y Física | 456 | 43,2% |
| No incapacitado | 78 | 7,4% |
| Total | 1055 | 100,0% |

15.2.15.10 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta de Jubilación por IP para el servicio

Tabla 65. Propuesta de Incapacidad Laboral

| | N | % |
|---|-----|--------|
| Jubilación por Incapacidad Permanente Total | 469 | 80,9% |
| Jubilación por Incapacidad Permanente Absoluta | 99 | 17,1% |
| Jubilación por Incapacidad Permanente Total por Sentencia | 12 | 2,1% |
| Total | 580 | 100,0% |

15.2.15.11 Causa de Jubilación por Incapacidad Permanente

Tabla 66. Incapacidad

| | N | % |
|-------------------|-----|--------|
| Psíquica | 303 | 52,2% |
| Psíquica y Física | 277 | 47,8% |
| Total | 580 | 100,0% |

| | |
|----------------|---|
| 15.2.16 | Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Segunda actividad |
|----------------|---|

| | |
|------------------|--|
| 15.2.16.1 | Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 |
|------------------|--|

Tabla 67. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

| | N | % |
|--|-----|--------|
| No | 392 | 98,7% |
| F 06.7 Trastorno cognoscitivo leve | 1 | 0,3% |
| F06.32 Trastorno depresivo orgánico | 2 | 0,5% |
| F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico | 2 | 0,5% |
| Otros | 0 | 0,0% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 68. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 377 | 95,0% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol referido actualmente en abstinencia | 12 | 3,0% |
| F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol | 2 | 0,5% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol | 4 | 1,0% |
| F19.1 Consumo perjudicial de alcohol y Tóxicos actualmente referido en abstinencia | 0 | 0,0% |
| F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicótropas | 1 | 0,3% |
| F10.20 Síndrome de dependencia de alcohol actualmente en abstinencia | 1 | 0,3% |
| F10 F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas | 0 | 0,0% |
| F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica | 0 | 0,0% |
| Otros | 0 | 0,0% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 69. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 395 | 99,5% |
| F20 Esquizofrenia | 0 | 0,0% |
| F21 Trastorno esquizotípico | 0 | 0,0% |
| F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes | 1 | 0,3% |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio | 1 | 0,3% |
| F25 Trastorno esquizoafectivo | 0 | 0,0% |
| Antecedente de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos | 0 | 0,0% |
| F29 Psicosis sin especificación | 0 | 0,0% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 70. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

| | N | % |
|-------------------------------------|-----|--------|
| No | 293 | 73,8% |
| F30 Hipomanía | 1 | 0,3% |
| F31 Trastorno bipolar | 0 | 0,0% |
| F32 Episodios depresivos | 46 | 11,6% |
| F33 Trastorno depresivo recurrente | 15 | 3,8% |
| F34 Trastorno del humor persistente | 42 | 10,6% |
| F38 Otros trastornos del humor | 0 | 0,0% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 71. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

| | N | % |
|--|-----|--------|
| No | 112 | 28,2% |
| F40 Trastornos de ansiedad fóbica | 5 | 1,3% |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 120 | 30,2% |
| F42 Trastorno obsesivo compulsivo | 0 | 0,0% |
| F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación | 156 | 39,3% |
| F44 Trastorno disociativo | 0 | 0,0% |
| F45 Trastornos somatomorfos | 4 | 1,0% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 72. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 393 | 99,0% |
| F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación | 1 | 0,3% |
| F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación | 3 | 0,8% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 73. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 283 | 71,3% |
| F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad | 3 | 0,8% |
| F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad | 0 | 0,0% |
| F60.2 Trastorno disocial de la personalidad | 0 | 0,0% |
| F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad | 4 | 1,0% |
| F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo | 0 | 0,0% |
| F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite | 0 | 0,0% |
| F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad | 15 | 3,8% |
| F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad | 0 | 0,0% |
| F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad | 0 | 0,0% |
| F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad | 1 | 0,3% |
| F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación | 42 | 10,6% |
| F61.0 Trastorno mixto de la personalidad | 39 | 9,8% |
| F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica | 0 | 0,0% |
| Antecedentes de F63.0 Ludopatía | 1 | 0,3% |
| F63.0 Ludopatía | 0 | 0,0% |
| F63.8 Trastorno explosivo intermitente | 1 | 0,3% |
| F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación | 3 | 0,8% |
| Personalidad con rasgos obsesivos / compulsivos | 3 | 0,8% |
| Personalidad con rasgos paranoides | 1 | 0,3% |
| Personalidad con rasgos evitativos | 1 | 0,3% |
| Total | 397 | 100,0% |

Tabla 74. Otros procesos CIE-10 TM

| | N | % |
|--|-----|--------|
| No | 365 | 91,9% |
| Z56.7 Problema laboral | 1 | 0,3% |
| Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares | 21 | 5,3% |
| Z03.2 No se aprecia psicopatología activa / Asintomático | 2 | 0,5% |
| Z91.5 Intento/s de suicidio | 2 | 0,5% |
| G31.2 Encefalopatía alcohólica | 0 | 0,0% |
| Z65.3 Problemas legales | 6 | 1,5% |
| Total | 397 | 100,0% |

15.2.16.2 Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnóstico Físico CIE-10

Tabla 75. Diagnóstico Físico Tribunal Médico

| | | N | % |
|---|----|-----|--------|
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | 395 | 99,5% |
| | Si | 2 | 0,5% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | 389 | 98,0% |
| | Si | 8 | 2,0% |
| D50-D89 Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos. | No | 395 | 99,5% |
| | Si | 2 | 0,5% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | 378 | 95,2% |
| | Si | 19 | 4,8% |
| G00-G99 Enf. del sistema nervioso | No | 377 | 95,0% |
| | Si | 20 | 5,0% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | 393 | 99,0% |
| | Si | 4 | 1,0% |
| H60-H95 Enf. del oído | No | 377 | 95,0% |
| | Si | 20 | 5,0% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | 352 | 88,7% |
| | Si | 45 | 11,3% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | 388 | 97,7% |
| | Si | 9 | 2,3% |
| K00-K93 Enf. Sistema digestivo | No | 382 | 96,2% |
| | Si | 15 | 3,8% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | 393 | 99,0% |
| | Si | 4 | 1,0% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. | No | 297 | 74,8% |
| | Si | 100 | 25,2% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | 394 | 99,2% |
| | Si | 3 | 0,8% |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales | No | 385 | 97,0% |
| | Si | 12 | 3,0% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamiento y otros | No | 355 | 89,4% |
| | Si | 42 | 10,6% |
| Total del grupo de estudio | | 397 | 100,0% |

15.2.17 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Jubilación por IP

15.2.17.1 Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10

Tabla 76. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

| | N | % |
|--|-----|--------|
| No | 558 | 96,2% |
| F 06.7 Trastorno cognoscitivo leve | 7 | 1,2% |
| F06.32 Trastorno depresivo orgánico | 8 | 1,4% |
| F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico | 4 | 0,7% |
| Otros | 3 | 0,5% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 77. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 446 | 76,9% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol referido actualmente en abstinencia | 22 | 3,8% |
| F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol | 36 | 6,2% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol | 48 | 8,3% |
| F19.1 Consumo perjudicial de alcohol y Tóxicos actualmente referido en abstinencia | 2 | 0,3% |
| F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicótropas | 6 | 1,0% |
| F10.20 Síndrome de dependencia de alcohol actualmente en abstinencia | 10 | 1,7% |
| F10 F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas | 2 | 0,3% |
| F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica | 5 | 0,9% |
| Otros | 3 | 0,5% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 78. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 527 | 90,9% |
| F20 Esquizofrenia | 10 | 1,7% |
| F21 Trastorno esquizotípico | 2 | 0,3% |
| F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes | 24 | 4,1% |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio | 6 | 1,0% |
| F25 Trastorno esquizoafectivo | 3 | 0,5% |
| Antecedente de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos | 2 | 0,3% |
| F29 Psicosis sin especificación | 6 | 1,0% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 79. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

| | N | % |
|-------------------------------------|-----|--------|
| No | 314 | 54,1% |
| F30 Hipomanía | 0 | 0,0% |
| F31 Trastorno bipolar | 22 | 3,8% |
| F32 Episodios depresivos | 133 | 22,9% |
| F33 Trastorno depresivo recurrente | 68 | 11,7% |
| F34 Trastorno del humor persistente | 43 | 7,4% |
| F38 Otros trastornos del humor | 0 | 0,0% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 80. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

| | N | % |
|--|-----|--------|
| No | 325 | 56,0% |
| F40 Trastornos de ansiedad fóbica | 17 | 2,9% |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 108 | 18,6% |
| F42 Trastorno obsesivo compulsivo | 18 | 3,1% |
| F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación | 102 | 17,6% |
| F44 Trastorno dissociativo | 1 | 0,2% |
| F45 Trastornos somatomorfos | 9 | 1,6% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 81. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 576 | 99,3% |
| F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación | 2 | 0,3% |
| F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación | 2 | 0,3% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 82. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

| | N | % |
|---|-----|--------|
| No | 377 | 65,0% |
| F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad | 10 | 1,7% |
| F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad | 8 | 1,4% |
| F60.2 Trastorno disocial de la personalidad | 1 | 0,2% |
| F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad | 7 | 1,2% |
| F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo | 6 | 1,0% |
| F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite | 8 | 1,4% |
| F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad | 12 | 2,1% |
| F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad | 7 | 1,2% |
| F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad | 1 | 0,2% |
| F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad | 1 | 0,2% |
| F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación | 53 | 9,1% |
| F61.0 Trastorno mixto de la personalidad | 61 | 10,5% |
| F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica | 3 | 0,5% |
| Antecedentes de F63.0 Ludopatía | 2 | 0,3% |
| F63.0 Ludopatía | 3 | 0,5% |
| F63.8 Trastorno explosivo intermitente | 6 | 1,0% |
| F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación | 13 | 2,2% |
| Personalidad con rasgos obsesivos / compulsivos | 1 | 0,2% |
| Personalidad con rasgos paranoides | 0 | 0,0% |
| Personalidad con rasgos evitativos | 0 | 0,0% |
| Total | 580 | 100,0% |

Tabla 83. Otros procesos CIE-10 TM

| | N | % |
|--|-----|--------|
| No | 516 | 89,0% |
| Z56.7 Problema laboral | 4 | 0,7% |
| Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares | 21 | 3,6% |
| Z03.2 No se aprecia psicopatología activa / Asintomático | 0 | 0,0% |
| Z91.5 Intento/s de suicidio | 24 | 4,1% |
| G31.2 Encefalopatía alcohólica | 1 | 0,2% |
| Z65.3 Problemas legales | 14 | 2,4% |
| Total | 580 | 100,0% |

15.2.17.2 Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos Físicos CIE-10

Tabla 84. Diagnóstico Físico Tribunal Médico

| | | N | % |
|---|----|-----|--------|
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | 569 | 98,1% |
| | Si | 11 | 1,9% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | 562 | 96,9% |
| | Si | 18 | 3,1% |
| D50-D89 Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos. | No | 577 | 99,5% |
| | Si | 3 | 0,5% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | 545 | 94,0% |
| | Si | 35 | 6,0% |
| G00-G99 Enf. del sistema nervioso | No | 534 | 92,1% |
| | Si | 46 | 7,9% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | 573 | 98,8% |
| | Si | 7 | 1,2% |
| H60-H95 Enf. del oído | No | 549 | 94,7% |
| | Si | 31 | 5,3% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | 508 | 87,6% |
| | Si | 72 | 12,4% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | 566 | 97,6% |
| | Si | 14 | 2,4% |
| K00-K93 Enf. Sistema digestivo | No | 549 | 94,7% |
| | Si | 31 | 5,3% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | 574 | 99,0% |
| | Si | 6 | 1,0% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. | No | 456 | 78,6% |
| | Si | 124 | 21,4% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | 571 | 98,4% |
| | Si | 9 | 1,6% |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales | No | 566 | 97,6% |
| | Si | 14 | 2,4% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamiento y otros | No | 500 | 86,2% |
| | Si | 80 | 13,8% |
| Total del grupo de estudio | | 580 | 100,0% |

| |
|---|
| 15.2.18 Estudio estratificado 2004 a 2009, según año del Tribunal Médico |
|---|

| |
|--|
| 15.2.18.1 Datos sociodemográficos |
|--|

Tabla 85. Sexo

| Año del T.M. | Sexo | | | | | |
|--------------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | Hombre | | Mujer | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 195 | 19,8% | 9 | 16,4% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 166 | 16,9% | 5 | 9,1% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 178 | 18,1% | 9 | 16,4% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 162 | 16,5% | 13 | 23,6% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 164 | 16,7% | 11 | 20,0% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 119 | 12,1% | 8 | 14,5% | 127 | 12,2% |
| Total | 984 | 100,0% | 55 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 86. Edad

| Año del T.M. | Edad | | | | | | | | | |
|--------------|----------|--------|------------|--------|------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | Hasta 30 | | De 31 a 40 | | De 41 a 50 | | Más de 50 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 4 | 22,2% | 18 | 11,5% | 107 | 27,0% | 75 | 16,0% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 3 | 16,7% | 26 | 16,6% | 75 | 18,9% | 67 | 14,3% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 1 | 5,6% | 33 | 21,0% | 70 | 17,7% | 83 | 17,7% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 1 | 5,6% | 34 | 21,7% | 52 | 13,1% | 88 | 18,8% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 5 | 27,8% | 27 | 17,2% | 55 | 13,9% | 88 | 18,8% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 4 | 22,2% | 19 | 12,1% | 37 | 9,3% | 67 | 14,3% | 127 | 12,2% |
| Total | 18 | 100,0% | 157 | 100,0% | 396 | 100,0% | 468 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 87. Estado civil

| Año del TM | Estado civil | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------|--------|---------------|--------|-------|--------|---------------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | Soltero | | Casado/Pareja | | Viudo | | Separado/divorciado | | No consta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 11 | 14,1% | 140 | 21,5% | 1 | 20,0% | 31 | 16,9% | 21 | 17,1% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 14 | 17,9% | 102 | 15,7% | 2 | 40,0% | 29 | 15,8% | 24 | 19,5% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 13 | 16,7% | 106 | 16,3% | 0 | 0,0% | 41 | 22,4% | 27 | 22,0% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 14 | 17,9% | 117 | 18,0% | 0 | 0,0% | 25 | 13,7% | 19 | 15,4% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 16 | 20,5% | 103 | 15,8% | 1 | 20,0% | 35 | 19,1% | 20 | 16,3% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 10 | 12,8% | 82 | 12,6% | 1 | 20,0% | 22 | 12,0% | 12 | 9,8% | 127 | 12,2% |
| Total | 78 | 100,0% | 650 | 100,0% | 5 | 100,0% | 183 | 100,0% | 123 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 88. Número de hijos

| Año del TM | Número de hijos | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|----------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | Sin hijos | | 1 hijo | | 2 hijos | | 3 hijos | | Más de 3 hijos | | No consta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 18 | 16,5% | 34 | 19,7% | 79 | 21,1% | 34 | 23,0% | 12 | 18,8% | 27 | 15,8% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 23 | 21,1% | 28 | 16,2% | 50 | 13,4% | 32 | 21,6% | 11 | 17,2% | 27 | 15,8% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 16 | 14,7% | 22 | 12,7% | 72 | 19,3% | 31 | 20,9% | 12 | 18,8% | 34 | 19,9% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 17 | 15,6% | 31 | 17,9% | 67 | 17,9% | 17 | 11,5% | 14 | 21,9% | 29 | 17,0% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 23 | 21,1% | 38 | 22,0% | 50 | 13,4% | 22 | 14,9% | 11 | 17,2% | 31 | 18,1% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 12 | 11,0% | 20 | 11,6% | 56 | 15,0% | 12 | 8,1% | 4 | 6,3% | 23 | 13,5% | 127 | 12,2% |
| Total | 109 | 100,0% | 173 | 100,0% | 374 | 100,0% | 148 | 100,0% | 64 | 100,0% | 171 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 89. Nivel de estudios

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Primarios / EGB | 57 | 27,9% | 48 | 28,1% | 44 | 23,5% | 41 | 23,4% | 33 | 18,9% | 22 | 17,3% | 245 | 23,6% |
| Graduado Escolar | 37 | 18,1% | 35 | 20,5% | 35 | 18,7% | 25 | 14,3% | 33 | 18,9% | 31 | 24,4% | 196 | 18,9% |
| Bachiller / BUP | 28 | 13,7% | 20 | 11,7% | 21 | 11,2% | 15 | 8,6% | 24 | 13,7% | 24 | 18,9% | 132 | 12,7% |
| COU / Acceso a la Univ. | 15 | 7,4% | 15 | 8,8% | 15 | 8,0% | 27 | 15,4% | 21 | 12,0% | 14 | 11,0% | 107 | 10,3% |
| FP-II | 7 | 3,4% | 7 | 4,1% | 9 | 4,8% | 6 | 3,4% | 7 | 4,0% | 5 | 3,9% | 41 | 3,9% |
| Licenciado./ Diplomado | 9 | 4,4% | 4 | 2,3% | 8 | 4,3% | 8 | 4,6% | 3 | 1,7% | 6 | 4,7% | 38 | 3,7% |
| FP-I | 17 | 8,3% | 15 | 8,8% | 13 | 7,0% | 14 | 8,0% | 23 | 13,1% | 5 | 3,9% | 87 | 8,4% |
| No consta | 34 | 16,7% | 27 | 15,8% | 42 | 22,5% | 39 | 22,3% | 31 | 17,7% | 20 | 15,7% | 193 | 18,6% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.2 Distribución a nivel nacional

Tabla 90. JSP, y Organización Central

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Madrid | 16 | 7,8% | 14 | 8,2% | 11 | 5,9% | 23 | 13,1% | 14 | 8,0% | 12 | 9,4% | 90 | 8,7% |
| Cataluña | 21 | 10,3% | 20 | 11,7% | 16 | 8,6% | 16 | 9,1% | 20 | 11,4% | 10 | 7,9% | 103 | 9,9% |
| C.Valenciana | 25 | 12,3% | 22 | 12,9% | 12 | 6,4% | 22 | 12,6% | 16 | 9,1% | 11 | 8,7% | 108 | 10,4% |
| Andalucía Occidental | 33 | 16,2% | 25 | 14,6% | 24 | 12,8% | 26 | 14,9% | 24 | 13,7% | 15 | 11,8% | 147 | 14,1% |
| Andalucía Oriental | 15 | 7,4% | 8 | 4,7% | 28 | 15,0% | 10 | 5,7% | 18 | 10,3% | 16 | 12,6% | 95 | 9,1% |
| País Vasco | 12 | 5,9% | 8 | 4,7% | 1 | 0,5% | 4 | 2,3% | 3 | 1,7% | 7 | 5,5% | 35 | 3,4% |
| Aragón | 4 | 2,0% | 7 | 4,1% | 3 | 1,6% | 4 | 2,3% | 5 | 2,9% | 6 | 4,7% | 29 | 2,8% |
| Castilla y León | 5 | 2,5% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 3 | 1,7% | 5 | 2,9% | 5 | 3,9% | 29 | 2,8% |
| Castilla La Mancha | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 10 | 5,3% | 2 | 1,1% | 5 | 2,9% | 6 | 4,7% | 26 | 2,5% |
| Galicia | 12 | 5,9% | 11 | 6,4% | 9 | 4,8% | 9 | 5,1% | 8 | 4,6% | 7 | 5,5% | 56 | 5,4% |
| Asturias | 4 | 2,0% | 6 | 3,5% | 7 | 3,7% | 6 | 3,4% | 10 | 5,7% | 4 | 3,1% | 37 | 3,6% |
| Canarias | 19 | 9,3% | 8 | 4,7% | 21 | 11,2% | 10 | 5,7% | 17 | 9,7% | 9 | 7,1% | 84 | 8,1% |
| Islas Baleares | 10 | 4,9% | 6 | 3,5% | 5 | 2,7% | 2 | 1,1% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 27 | 2,6% |
| Navarra | 5 | 2,5% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 15 | 1,4% |
| Extremadura | 3 | 1,5% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 4 | 2,3% | 7 | 4,0% | 4 | 3,1% | 29 | 2,8% |
| Murcia | 3 | 1,5% | 4 | 2,3% | 4 | 2,1% | 7 | 4,0% | 3 | 1,7% | 4 | 3,1% | 25 | 2,4% |
| Cantabria | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 7 | 0,7% |
| La Rioja | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| Ceuta | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 8 | 4,6% | 4 | 2,3% | 1 | 0,8% | 18 | 1,7% |
| Melilla | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 9 | 0,9% |
| Organización Central | 13 | 6,4% | 15 | 8,8% | 11 | 5,9% | 13 | 7,4% | 9 | 5,1% | 7 | 5,5% | 68 | 6,5% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 91. Provincia

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Albacete | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| Alicante | 10 | 4,9% | 15 | 8,8% | 3 | 1,6% | 10 | 5,7% | 5 | 2,9% | 7 | 5,5% | 50 | 4,8% |
| Almería | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 5 | 0,5% |
| Ávila | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Badajoz | 3 | 1,5% | 4 | 2,3% | 6 | 3,2% | 3 | 1,7% | 5 | 2,9% | 3 | 2,4% | 24 | 2,3% |
| Barcelona | 14 | 6,9% | 17 | 9,9% | 11 | 5,9% | 8 | 4,6% | 13 | 7,4% | 6 | 4,7% | 69 | 6,6% |
| Vizcaya | 8 | 3,9% | 3 | 1,8% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 4 | 3,1% | 19 | 1,8% |
| Burgos | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| Cáceres | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 6 | 0,6% |
| Cádiz | 10 | 4,9% | 11 | 6,4% | 12 | 6,4% | 13 | 7,4% | 11 | 6,3% | 4 | 3,1% | 61 | 5,9% |
| Castellón | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Ceuta | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 8 | 4,6% | 4 | 2,3% | 1 | 0,8% | 18 | 1,7% |
| Ciudad Real | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 4 | 2,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 3 | 2,4% | 9 | 0,9% |
| Córdoba | 4 | 2,0% | 3 | 1,8% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 10 | 1,0% |
| Gerona | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 3 | 1,7% | 4 | 2,3% | 1 | 0,8% | 12 | 1,2% |
| Granada | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 6 | 3,2% | 4 | 2,3% | 7 | 4,0% | 5 | 3,9% | 26 | 2,5% |
| Huelva | 5 | 2,5% | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 11 | 1,1% |
| Huesca | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 3 | 0,3% |
| Jaén | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 9 | 0,9% |
| La Coruña | 8 | 3,9% | 7 | 4,1% | 4 | 2,1% | 8 | 4,6% | 5 | 2,9% | 3 | 2,4% | 35 | 3,4% |
| Las Palmas | 9 | 4,4% | 3 | 1,8% | 13 | 7,0% | 5 | 2,9% | 10 | 5,7% | 4 | 3,1% | 44 | 4,2% |
| León | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 3 | 2,4% | 10 | 1,0% |
| Lérida | 3 | 1,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 9 | 0,9% |
| La Rioja | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| Lugo | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 5 | 0,5% |
| Madrid | 25 | 12,3% | 28 | 16,4% | 20 | 10,7% | 31 | 17,7% | 19 | 10,9% | 18 | 14,2% | 141 | 13,6% |
| Málaga | 11 | 5,4% | 8 | 4,7% | 16 | 8,6% | 10 | 5,7% | 9 | 5,1% | 9 | 7,1% | 63 | 6,1% |
| Melilla | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 9 | 0,9% |
| Murcia | 3 | 1,5% | 4 | 2,3% | 4 | 2,1% | 7 | 4,0% | 3 | 1,7% | 4 | 3,1% | 25 | 2,4% |
| Orense | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 10 | 1,0% |
| Asturias | 5 | 2,5% | 5 | 2,9% | 7 | 3,7% | 7 | 4,0% | 8 | 4,6% | 3 | 2,4% | 35 | 3,4% |
| Palencia | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Baleares | 10 | 4,9% | 6 | 3,5% | 5 | 2,7% | 2 | 1,1% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 27 | 2,6% |
| Navarra | 5 | 2,5% | 2 | 1,2% | 5 | 2,7% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 16 | 1,5% |
| Pontevedra | 1 | 0,5% | 3 | 1,8% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 11 | 1,1% |
| Salamanca | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 5 | 0,5% |
| Guipúzcoa | 2 | 1,0% | 3 | 1,8% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 7 | 0,7% |
| Santa Cruz de Tenerife | 10 | 4,9% | 6 | 3,5% | 8 | 4,3% | 5 | 2,9% | 9 | 5,1% | 5 | 3,9% | 43 | 4,1% |
| Cantabria | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 1 | 0,5% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 8 | 0,8% |
| Sevilla | 15 | 7,4% | 7 | 4,1% | 12 | 6,4% | 6 | 3,4% | 11 | 6,3% | 6 | 4,7% | 57 | 5,5% |
| Soria | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Tarragona | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 12 | 1,2% |
| Teruel | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| Toledo | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 8 | 0,8% |
| Valencia | 16 | 7,8% | 8 | 4,7% | 10 | 5,3% | 12 | 6,9% | 10 | 5,7% | 4 | 3,1% | 60 | 5,8% |
| Valladolid | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| Álava | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 7 | 0,7% |
| Zamora | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,1% |
| Zaragoza | 4 | 2,0% | 4 | 2,3% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 5 | 2,9% | 5 | 3,9% | 22 | 2,1% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.3 Actividad laboral

Tabla 92. Fecha ingreso en CNP

| Año del T.M. | Fecha ingreso en CNP | | | | | |
|--------------|----------------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
| | Antes de 1986 | | Después de 1986 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 174 | 21,9% | 30 | 12,3% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 138 | 17,4% | 33 | 13,5% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 142 | 17,9% | 45 | 18,4% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 128 | 16,1% | 47 | 19,3% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 123 | 15,5% | 52 | 21,3% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 90 | 11,3% | 37 | 15,2% | 127 | 12,2% |
| Total | 795 | 100,0% | 244 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 93. Escala y Categoría, Facultativos y Técnicos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Básica-Policía | 171 | 83,8% | 141 | 82,5% | 160 | 85,6% | 145 | 82,9% | 145 | 82,9% | 106 | 83,5% | 868 | 83,5% |
| Básica-Oficial | 6 | 2,9% | 17 | 9,9% | 9 | 4,8% | 7 | 4,0% | 7 | 4,0% | 11 | 8,7% | 57 | 5,5% |
| Subinspección | 12 | 5,9% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 12 | 6,9% | 13 | 7,4% | 5 | 3,9% | 53 | 5,1% |
| Ejecutiva. Inspector | 9 | 4,4% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 6 | 3,4% | 6 | 3,4% | 3 | 2,4% | 35 | 3,4% |
| Ejecutiva, Inspector-Jefe | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 5 | 2,7% | 3 | 1,7% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 18 | 1,7% |
| Facultativos y Técnicos | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 94. Antecedentes de Puestos de trabajo

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Grupos Operativos | 75 | 36,8% | 76 | 44,4% | 85 | 45,5% | 97 | 55,4% | 104 | 59,4% | 65 | 51,2% | 502 | 48,3% |
| Patrullas urbanas | 6 | 2,9% | 6 | 3,5% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 3 | 2,4% | 18 | 1,7% |
| Unidades Polivalentes | 11 | 5,4% | 9 | 5,3% | 12 | 6,4% | 5 | 2,9% | 7 | 4,0% | 10 | 7,9% | 54 | 5,2% |
| Informática | 6 | 2,9% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 10 | 1,0% |
| Instructor de tiro | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 2 | 0,2% |
| Conductores | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 5 | 0,5% |
| Policía Científica | 5 | 2,5% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 2 | 1,6% | 15 | 1,4% |
| Sala 091 | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 3 | 1,6% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 5 | 3,9% | 13 | 1,3% |
| Radio Patrullas | 13 | 6,4% | 13 | 7,6% | 18 | 9,6% | 18 | 10,3% | 10 | 5,7% | 12 | 9,4% | 84 | 8,1% |
| Jefe de Grupo de Policía Judicial | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Seguridad Estática | 43 | 21,1% | 19 | 11,1% | 18 | 9,6% | 19 | 10,9% | 14 | 8,0% | 10 | 7,9% | 123 | 11,8% |
| Talleres | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 8 | 0,8% |
| UIP (Unidades de Intervención Policial) | 3 | 1,5% | 5 | 2,9% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 4 | 2,3% | 1 | 0,8% | 16 | 1,5% |
| Alta Gestión | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,1% |
| Gestión de Grupos Operativos | 2 | 1,0% | 3 | 1,8% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 3 | 1,7% | 1 | 0,8% | 13 | 1,3% |
| Servicio de Atención al público | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| Unidades de Subsuelo | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 4 | 0,4% |
| Servicios Adtvos. | 5 | 2,5% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 3 | 1,7% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 22 | 2,1% |
| Unidades de Motos | 2 | 1,0% | 4 | 2,3% | 4 | 2,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 12 | 1,2% |
| Guías Caninos | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 3 | 0,3% |
| Oficina de Denuncias | 11 | 5,4% | 3 | 1,8% | 5 | 2,7% | 3 | 1,7% | 6 | 3,4% | 1 | 0,8% | 29 | 2,8% |
| Gestión Unidades Adtvos. | 0 | 0,0% | 3 | 1,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| TEDAX-EDEX | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| Servicio Sanitario | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| Helicópteros | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Escoltas | 3 | 1,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| GEOS y GOES | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Unidades de Caballería | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Otras | 3 | 1,5% | 6 | 3,5% | 4 | 2,1% | 2 | 1,1% | 4 | 2,3% | 4 | 3,1% | 23 | 2,2% |
| No consta | 5 | 2,5% | 6 | 3,5% | 15 | 8,0% | 10 | 5,7% | 10 | 5,7% | 4 | 3,1% | 50 | 4,8% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 95. Puesto de trabajo cuando causa Baja

| Año del T.M. | Puesto de trabajo cuando causa Baja | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--------|-----------|--------|--------------|--------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | Investigador | | Jefe de | | Investigador | | Personal | | Personal | | | | | |
| | Escala Básica | | Operativo | | Inspector | | Operativo | | ODAC | | Otros | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 1 | 7,1% | 3 | 9,4% | 4 | 26,7% | 123 | 21,0% | 3 | 20,0% | 70 | 18,5% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 9 | 64,3% | 4 | 12,5% | 2 | 13,3% | 97 | 16,6% | 1 | 6,7% | 58 | 15,3% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 2 | 14,3% | 5 | 15,6% | 3 | 20,0% | 121 | 20,7% | 3 | 20,0% | 53 | 14,0% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 1 | 7,1% | 6 | 18,8% | 3 | 20,0% | 105 | 17,9% | 1 | 6,7% | 59 | 15,6% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 0 | 0,0% | 3 | 9,4% | 1 | 6,7% | 93 | 15,9% | 5 | 33,3% | 73 | 19,3% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 1 | 7,1% | 11 | 34,4% | 2 | 13,3% | 46 | 7,9% | 2 | 13,3% | 65 | 17,2% | 127 | 12,2% |
| Total | 14 | 100,0% | 32 | 100,0% | 15 | 100,0% | 585 | 100,0% | 15 | 100,0% | 378 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 96. Destino

| Año del T.M. | Destino | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------|--------|------|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | BLSC | | BPSC | | Unidades adscritas | | Comisarias locales | | Otros | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 43 | 18,6% | 95 | 23,3% | 4 | 28,6% | 0 | 0,0% | 62 | 18,6% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 47 | 20,3% | 67 | 16,4% | 1 | 7,1% | 0 | 0,0% | 56 | 16,8% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 52 | 22,5% | 79 | 19,4% | 2 | 14,3% | 0 | 0,0% | 54 | 16,2% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 49 | 21,2% | 69 | 16,9% | 4 | 28,6% | 0 | 0,0% | 53 | 15,9% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 26 | 11,3% | 47 | 11,5% | 2 | 14,3% | 6 | 11,5% | 94 | 28,1% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 14 | 6,1% | 51 | 12,5% | 1 | 7,1% | 46 | 88,5% | 15 | 4,5% | 127 | 12,2% |
| Total | 231 | 100,0% | 408 | 100,0% | 14 | 100,0% | 52 | 100,0% | 334 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 97. Antigüedad en CNP

| Año del T.M. | Antigüedad en CNP | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------------|--------|------|--------|-------|--------|-------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | <=5 | | 6-15 | | 16-25 | | 26-35 | | >35 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 5 | 16,7% | 21 | 13,6% | 77 | 39,1% | 101 | 15,9% | 0 | 0,0% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 1 | 3,3% | 29 | 18,8% | 45 | 22,8% | 94 | 14,8% | 2 | 8,3% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 3 | 10,0% | 34 | 22,1% | 18 | 9,1% | 126 | 19,9% | 6 | 25,0% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 3 | 10,0% | 31 | 20,1% | 19 | 9,6% | 118 | 18,6% | 4 | 16,7% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 8 | 26,7% | 27 | 17,5% | 20 | 10,2% | 114 | 18,0% | 6 | 25,0% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 10 | 33,3% | 12 | 7,8% | 18 | 9,1% | 81 | 12,8% | 6 | 25,0% | 127 | 12,2% |
| Total | 30 | 100,0% | 154 | 100,0% | 197 | 100,0% | 634 | 100,0% | 24 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 98. Expedientes Disciplinarios. Sanciones

| Año del T.M. | Expedientes Disciplinarios. Sanciones | | | | | |
|--------------|---------------------------------------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | No | | Si | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 138 | 20,9% | 66 | 17,4% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 107 | 16,2% | 64 | 16,8% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 115 | 17,5% | 72 | 18,9% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 109 | 16,5% | 66 | 17,4% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 110 | 16,7% | 65 | 17,1% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 80 | 12,1% | 47 | 12,4% | 127 | 12,2% |
| Total | 659 | 100,0% | 380 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.4 Antecedentes patológicos familiares

Tabla 99. Antecedentes patológicos del padre

| Año del T.M. | Padre | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------|--------|-----------|--------|----------|--------|--------------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | Físicos | | Psíquicos | | Suicidio | | Ninguno de interés | | No consta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 99 | 19,7% | 8 | 17,0% | 2 | 50,0% | 68 | 20,1% | 27 | 18,5% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 88 | 17,5% | 3 | 6,4% | 0 | 0,0% | 61 | 18,0% | 19 | 13,0% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 88 | 17,5% | 10 | 21,3% | 2 | 50,0% | 58 | 17,1% | 29 | 19,9% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 91 | 18,1% | 7 | 14,9% | 0 | 0,0% | 49 | 14,5% | 28 | 19,2% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 76 | 15,1% | 7 | 14,9% | 0 | 0,0% | 64 | 18,9% | 28 | 19,2% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 61 | 12,1% | 12 | 25,5% | 0 | 0,0% | 39 | 11,5% | 15 | 10,3% | 127 | 12,2% |
| Total | 503 | 100,0% | 47 | 100,0% | 4 | 100,0% | 339 | 100,0% | 146 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 100. Antecedentes patológicos de la madre

| Año del T.M. | Madre | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------|--------|-----------|--------|----------|--------|--------------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | Físicos | | Psíquicos | | Suicidio | | Ninguno de interés | | No consta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 77 | 22,4% | 12 | 15,2% | 0 | 0,0% | 92 | 19,5% | 23 | 16,2% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 57 | 16,6% | 14 | 17,7% | 1 | 25,0% | 76 | 16,1% | 23 | 16,2% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 52 | 15,2% | 11 | 13,9% | 2 | 50,0% | 94 | 20,0% | 28 | 19,7% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 61 | 17,8% | 12 | 15,2% | 0 | 0,0% | 76 | 16,1% | 26 | 18,3% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 49 | 14,3% | 19 | 24,1% | 1 | 25,0% | 79 | 16,8% | 27 | 19,0% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 47 | 13,7% | 11 | 13,9% | 0 | 0,0% | 54 | 11,5% | 15 | 10,6% | 127 | 12,2% |
| Total | 343 | 100,0% | 79 | 100,0% | 4 | 100,0% | 471 | 100,0% | 142 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 101. Antecedentes patológicos de hermanos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Físicos | 31 | 15,2% | 23 | 13,5% | 16 | 8,6% | 21 | 12,0% | 14 | 8,0% | 21 | 16,5% | 126 | 12,1% |
| Psíquicos | 21 | 10,3% | 23 | 13,5% | 26 | 13,9% | 18 | 10,3% | 29 | 16,6% | 18 | 14,2% | 135 | 13,0% |
| Físicos y psíquicos | 3 | 1,5% | 1 | 0,6% | 3 | 1,6% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 12 | 1,2% |
| Suicidio | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 4 | 0,4% |
| Consumo drogas y/o problemas legales | 4 | 2,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 8 | 0,8% |
| Ninguno de interés | 106 | 52,0% | 88 | 51,5% | 94 | 50,3% | 93 | 53,1% | 95 | 54,3% | 57 | 44,9% | 533 | 51,3% |
| No hermanos | 7 | 3,4% | 8 | 4,7% | 6 | 3,2% | 5 | 2,9% | 2 | 1,1% | 6 | 4,7% | 34 | 3,3% |
| No consta | 32 | 15,7% | 28 | 16,4% | 39 | 20,9% | 35 | 20,0% | 31 | 17,7% | 22 | 17,3% | 187 | 18,0% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.5 Antecedentes patológicos personales

Tabla 102. Antecedentes patológicos de la infancia-adolescencia

| Año del T.M. | Infancia-adolescencia | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|--------|----|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | No | | Si | | No consta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 145 | 20,6% | 13 | 22,0% | 46 | 16,7% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 123 | 17,5% | 10 | 16,9% | 38 | 13,8% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 122 | 17,3% | 14 | 23,7% | 51 | 18,5% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 115 | 16,3% | 7 | 11,9% | 53 | 19,2% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 120 | 17,0% | 5 | 8,5% | 50 | 18,1% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 79 | 11,2% | 10 | 16,9% | 38 | 13,8% | 127 | 12,2% |
| Total | 704 | 100,0% | 59 | 100,0% | 276 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 103. Antecedentes de enfermedades somáticas

| Año del T.M. | Enfermedades somáticas | | | | | |
|--------------|------------------------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | No consta | | Si | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 37 | 27,2% | 167 | 18,5% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 19 | 14,0% | 152 | 16,8% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 16 | 11,8% | 171 | 18,9% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 10 | 7,4% | 165 | 18,3% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 33 | 24,3% | 142 | 15,7% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 21 | 15,4% | 106 | 11,7% | 127 | 12,2% |
| Total | 136 | 100,0% | 903 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 104. Antecedentes de Trastorno mental

| Año del T.M. | Trastorno mental | | | | | |
|-----------------|------------------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | No consta | | Si | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 139 | 19,9% | 65 | 19,1% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 113 | 16,2% | 58 | 17,1% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 136 | 19,5% | 51 | 15,0% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 121 | 17,3% | 54 | 15,9% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 103 | 14,7% | 72 | 21,2% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 87 | 12,4% | 40 | 11,8% | 127 | 12,2% |
| Total | 699 | 100,0% | 340 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 105. Antecedentes patológicos vitales estresantes

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Fallecimiento de cónyuge / hijos | 4 | 2,0% | 8 | 4,7% | 6 | 3,2% | 4 | 2,3% | 5 | 2,9% | 4 | 3,1% | 31 | 3,0% |
| Conflictiva con familia de origen | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 4 | 2,3% | 5 | 3,9% | 11 | 1,1% |
| Problemas legales | 10 | 4,9% | 10 | 5,8% | 15 | 8,0% | 11 | 6,3% | 4 | 2,3% | 7 | 5,5% | 57 | 5,5% |
| Conflictiva familiar; Separación; problemas con la pareja y/o con los hijos | 30 | 14,7% | 24 | 14,0% | 25 | 13,4% | 19 | 10,9% | 30 | 17,1% | 17 | 13,4% | 145 | 14,0% |
| Problema familiar y económico | 0 | 0,0% | 7 | 4,1% | 3 | 1,6% | 3 | 1,7% | 5 | 2,9% | 1 | 0,8% | 19 | 1,8% |
| Muerte de familiar cercano / Muerte de compañero | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 4 | 0,4% |
| Atentado Terrorista | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 11 | 1,1% |
| Disparo a un delincuente | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 5 | 0,5% |
| Refiere sobrecarga, estrés laboral | 26 | 12,7% | 20 | 11,7% | 34 | 18,2% | 38 | 21,7% | 24 | 13,7% | 25 | 19,7% | 167 | 16,1% |
| Refiere problemática laboral y familiar | 16 | 7,8% | 7 | 4,1% | 6 | 3,2% | 5 | 2,9% | 10 | 5,7% | 10 | 7,9% | 54 | 5,2% |
| Agredido / Amenazado por: delincuentes, manifestantes u otros | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 6 | 3,2% | 1 | 0,6% | 3 | 1,7% | 5 | 3,9% | 20 | 1,9% |
| Refiere problemas con: superiores / subordinados / compañeros | 16 | 7,8% | 12 | 7,0% | 9 | 4,8% | 13 | 7,4% | 15 | 8,6% | 6 | 4,7% | 71 | 6,8% |
| Problemas familiares y legales | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 2 | 1,6% | 13 | 1,3% |
| Lesiones realizando ejercicios prácticos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| Enfermedad grave de familiar / familiares | 9 | 4,4% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 4 | 2,3% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 22 | 2,1% |
| Accidente de tráfico | 6 | 2,9% | 6 | 3,5% | 12 | 6,4% | 9 | 5,1% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 36 | 3,5% |
| Enfermedad somática. | 4 | 2,0% | 3 | 1,8% | 10 | 5,3% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 21 | 2,0% |
| Inoculación accidental (AS) | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Accidente aéreo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Nombre del funcionario en documentos incautados a ETA | 0 | 0,0% | 3 | 1,8% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| No consta | 71 | 34,8% | 64 | 37,4% | 47 | 25,1% | 62 | 35,4% | 57 | 32,6% | 41 | 32,3% | 342 | 32,9% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.6 Antecedentes de Abuso/Dependencia.

Tabla 106. Tabaco

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Niega consumo | 46 | 22,5% | 44 | 25,7% | 49 | 26,2% | 40 | 22,9% | 57 | 32,6% | 39 | 30,7% | 275 | 26,5% |
| Ocasional / moderado | 32 | 15,7% | 24 | 14,0% | 30 | 16,0% | 20 | 11,4% | 9 | 5,1% | 16 | 12,6% | 131 | 12,6% |
| Consumo perjudicial / dependencia | 57 | 27,9% | 39 | 22,8% | 47 | 25,1% | 60 | 34,3% | 53 | 30,3% | 40 | 31,5% | 296 | 28,5% |
| Antecedentes de consumo perjudicial | 22 | 10,8% | 13 | 7,6% | 15 | 8,0% | 16 | 9,1% | 19 | 10,9% | 9 | 7,1% | 94 | 9,0% |
| No consta | 47 | 23,0% | 51 | 29,8% | 46 | 24,6% | 39 | 22,3% | 37 | 21,1% | 23 | 18,1% | 243 | 23,4% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 107. Alcohol

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Niega consumo | 66 | 32,4% | 55 | 32,2% | 67 | 35,8% | 57 | 32,6% | 58 | 33,1% | 43 | 33,9% | 346 | 33,3% |
| Ocasional / moderado | 46 | 22,5% | 37 | 21,6% | 37 | 19,8% | 44 | 25,1% | 36 | 20,6% | 32 | 25,2% | 232 | 22,3% |
| Consumo perjudicial / abuso | 24 | 11,8% | 18 | 10,5% | 25 | 13,4% | 17 | 9,7% | 25 | 14,3% | 15 | 11,8% | 124 | 11,9% |
| Dependencia | 10 | 4,9% | 3 | 1,8% | 9 | 4,8% | 5 | 2,9% | 6 | 3,4% | 5 | 3,9% | 38 | 3,7% |
| Antecedente de consumo perjudicial | 14 | 6,9% | 14 | 8,2% | 7 | 3,7% | 11 | 6,3% | 15 | 8,6% | 11 | 8,7% | 72 | 6,9% |
| No consta | 44 | 21,6% | 44 | 25,7% | 42 | 22,5% | 41 | 23,4% | 35 | 20,0% | 21 | 16,5% | 227 | 21,8% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 108. Fármacos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Niega | 48 | 23,5% | 35 | 20,5% | 20 | 10,7% | 30 | 17,1% | 62 | 35,4% | 29 | 22,8% | 224 | 21,6% |
| Si abusa | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 3 | 1,7% | 6 | 4,7% | 16 | 1,5% |
| No consta | 155 | 76,0% | 135 | 78,9% | 165 | 88,2% | 142 | 81,1% | 110 | 62,9% | 92 | 72,4% | 799 | 76,9% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 109. Otras drogas

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Niega consumo | 48 | 23,5% | 36 | 21,1% | 23 | 12,3% | 30 | 17,1% | 56 | 32,0% | 29 | 22,8% | 222 | 21,4% |
| Ocasional | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| Consumo perjudicial | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 6 | 0,6% |
| Dependencia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 5 | 3,9% | 8 | 0,8% |
| Antecedente consumo / dependencia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,1% |
| No consta | 153 | 75,0% | 134 | 78,4% | 163 | 87,2% | 141 | 80,6% | 116 | 66,3% | 91 | 71,7% | 798 | 76,8% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.7 Otros antecedentes

Tabla 110. Uso de Servicios de Urgencia

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 4 | 2,0% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 4 | 2,3% | 20 | 11,4% | 27 | 21,3% | 60 | 5,8% |
| Pensamientos, ideación, intento de suicidio | 18 | 8,8% | 8 | 4,7% | 15 | 8,0% | 8 | 4,6% | 17 | 9,7% | 8 | 6,3% | 74 | 7,1% |
| Tras sufrir agresión/es. | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 5 | 2,7% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 10 | 1,0% |
| Patología osteomioarticular | 0 | 0,0% | 3 | 1,8% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 9 | 5,1% | 2 | 1,6% | 17 | 1,6% |
| Intoxicación etílica / Abuso de alcohol | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| Sintomatología ansiosa / Crisis de ansiedad | 5 | 2,5% | 13 | 7,6% | 15 | 8,0% | 11 | 6,3% | 12 | 6,9% | 13 | 10,2% | 69 | 6,6% |
| Crisis convulsiva | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 3 | 0,3% |
| Crisis hipertensiva | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 3 | 0,3% |
| Tras sufrir un accidente de tráfico | 1 | 0,5% | 3 | 1,8% | 8 | 4,3% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 3 | 2,4% | 19 | 1,8% |
| Otros motivos | 42 | 20,6% | 44 | 25,7% | 38 | 20,3% | 37 | 21,1% | 20 | 11,4% | 11 | 8,7% | 192 | 18,5% |
| No consta | 133 | 65,2% | 98 | 57,3% | 97 | 51,9% | 108 | 61,7% | 95 | 54,3% | 58 | 45,7% | 589 | 56,7% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 111. Hospitalizaciones

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 3 | 1,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 12 | 6,9% | 21 | 16,5% | 41 | 3,9% |
| Si | 100 | 49,0% | 81 | 47,4% | 105 | 56,1% | 90 | 51,4% | 94 | 53,7% | 56 | 44,1% | 526 | 50,6% |
| No consta | 101 | 49,5% | 90 | 52,6% | 80 | 42,8% | 82 | 46,9% | 69 | 39,4% | 50 | 39,4% | 472 | 45,4% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 112. Intento de suicidio

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 172 | 84,3% | 150 | 87,7% | 156 | 83,4% | 162 | 92,6% | 148 | 84,6% | 103 | 81,1% | 891 | 85,8% |
| Arma de fuego | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| Fármacos / drogas y/o alcohol | 11 | 5,4% | 2 | 1,2% | 7 | 3,7% | 5 | 2,9% | 7 | 4,0% | 6 | 4,7% | 38 | 3,7% |
| Varios intentos | 3 | 1,5% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 5 | 2,9% | 9 | 7,1% | 21 | 2,0% |
| Pensamientos sin planificación | 15 | 7,4% | 16 | 9,4% | 17 | 9,1% | 7 | 4,0% | 13 | 7,4% | 9 | 7,1% | 77 | 7,4% |
| Otros | 3 | 1,5% | 1 | 0,6% | 4 | 2,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.8 Antecedentes de bajas laborales por IT

Tabla 113. Nº de IT físicas anteriores a la última baja

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 25 | 12,3% | 32 | 18,7% | 18 | 9,6% | 15 | 8,6% | 21 | 12,0% | 8 | 6,3% | 119 | 11,5% |
| 2 | 33 | 16,2% | 28 | 16,4% | 33 | 17,6% | 22 | 12,6% | 26 | 14,9% | 16 | 12,6% | 158 | 15,2% |
| 3 | 25 | 12,3% | 16 | 9,4% | 13 | 7,0% | 25 | 14,3% | 11 | 6,3% | 15 | 11,8% | 105 | 10,1% |
| 4 | 20 | 9,8% | 10 | 5,8% | 23 | 12,3% | 12 | 6,9% | 13 | 7,4% | 6 | 4,7% | 84 | 8,1% |
| 5 | 16 | 7,8% | 16 | 9,4% | 17 | 9,1% | 23 | 13,1% | 13 | 7,4% | 6 | 4,7% | 91 | 8,8% |
| 6 | 15 | 7,4% | 12 | 7,0% | 9 | 4,8% | 11 | 6,3% | 17 | 9,7% | 10 | 7,9% | 74 | 7,1% |
| 7 | 5 | 2,5% | 12 | 7,0% | 13 | 7,0% | 10 | 5,7% | 12 | 6,9% | 9 | 7,1% | 61 | 5,9% |
| 8 | 6 | 2,9% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 7 | 4,0% | 7 | 4,0% | 8 | 6,3% | 39 | 3,8% |
| 9 | 4 | 2,0% | 4 | 2,3% | 6 | 3,2% | 10 | 5,7% | 5 | 2,9% | 6 | 4,7% | 35 | 3,4% |
| 10 | 5 | 2,5% | 5 | 2,9% | 4 | 2,1% | 4 | 2,3% | 6 | 3,4% | 10 | 7,9% | 34 | 3,3% |
| Más de 10 | 12 | 5,9% | 13 | 7,6% | 21 | 11,2% | 27 | 15,4% | 32 | 18,3% | 29 | 22,8% | 134 | 12,9% |
| No consta | 38 | 18,6% | 18 | 10,5% | 24 | 12,8% | 9 | 5,1% | 12 | 6,9% | 4 | 3,1% | 105 | 10,1% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 114. Nº de IT psíquicas anteriores a la última baja

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 45 | 22,1% | 43 | 25,1% | 30 | 16,0% | 43 | 24,6% | 45 | 25,7% | 21 | 16,5% | 227 | 21,8% |
| 2 | 12 | 5,9% | 3 | 1,8% | 12 | 6,4% | 8 | 4,6% | 11 | 6,3% | 16 | 12,6% | 62 | 6,0% |
| 3 | 2 | 1,0% | 5 | 2,9% | 10 | 5,3% | 2 | 1,1% | 7 | 4,0% | 5 | 3,9% | 31 | 3,0% |
| 4 | 3 | 1,5% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 13 | 1,3% |
| 5 | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 6 | 0,6% |
| Más de 5 | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 4 | 3,1% | 7 | 0,7% |
| No consta | 141 | 69,1% | 117 | 68,4% | 131 | 70,1% | 117 | 66,9% | 107 | 61,1% | 80 | 63,0% | 693 | 66,7% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.18.9 Baja inicial de I.T.

Tabla 115. Diagnóstico de baja CIE-9-MC

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|--------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|-------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Enf. Infecciosas CIE-9: 001-139 | 070.9 Hepatitis viral crónica | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 2 | 66,7% |
| | 122.8 Hidatidosis sin especificar | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| Neoplasias CIE-9: 140-239 | 185 Neoplasia maligna de próstata | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| | 239 Neoplasia de naturaleza no especificada | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| | 174 Carcinoma primario mama; | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| | 214 Lipoma | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| Enf. Endocrinas, de la nutrición y metabólicas CIE-9: 240-279 | 242.8 Tiroiditis de otro origen especificado | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 1 | 33,3% |
| | 245 Tiroiditis | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| | 279 Trastornos que implican el mecanismo inmunitario | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| | 288 Enfermedades de glóbulos blancos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% |
| Enf. Sangre CIE-9: 280-289 | 286 Defectos de coagulación | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% |
| | Trastorno mixto ansioso-depresivo | 32 | 18,8% | 15 | 12,0% | 1 | 0,7% | 2 | 1,6% | 1 | 0,8% | 1 | 1,1% | 52 | 6,6% |
| Trast. Mentales CIE-9: 290-319 | 308 Reacción aguda al estrés | 1 | 0,6% | 3 | 2,4% | 5 | 3,6% | 7 | 5,5% | 10 | 7,8% | 8 | 8,4% | 34 | 4,3% |
| | 300 Trastornos neuróticos | 5 | 2,9% | 12 | 9,6% | 18 | 13,1% | 20 | 15,6% | 31 | 24,0% | 15 | 15,8% | 101 | 12,9% |
| | 309 Reacción de adaptación | 2 | 1,2% | 8 | 6,4% | 17 | 12,4% | 29 | 22,7% | 17 | 13,2% | 22 | 23,2% | 95 | 12,1% |
| | 300.4 Depresión neurótica | 24 | 14,1% | 21 | 16,8% | 26 | 19,0% | 17 | 13,3% | 12 | 9,3% | 14 | 14,7% | 114 | 14,5% |
| | 311 Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos | 35 | 20,6% | 20 | 16,0% | 31 | 22,6% | 21 | 16,4% | 12 | 9,3% | 13 | 13,7% | 132 | 16,8% |
| | 316 Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas en otros conceptos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 2 | 0,3% |
| | 309.1 Reacción depresiva prolongada | 2 | 1,2% | 2 | 1,6% | 8 | 5,8% | 4 | 3,1% | 4 | 3,1% | 3 | 3,2% | 23 | 2,9% |
| | 296.30 Trastorno depresivo recurrente no especificado | 2 | 1,2% | 2 | 1,6% | 2 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 7 | 0,9% |
| | 295 Trastornos esquizofrénicos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 1 | 0,1% |
| | 300.5 Neurastenia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 3 | 0,4% |
| | 308.9 Reacción aguda no especificada al estrés | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 1,5% | 0 | 0,0% | 3 | 2,3% | 3 | 3,2% | 9 | 1,1% |
| | 298 Otras psicosis no orgánicas | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 2 | 2,1% | 5 | 0,6% |
| | 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados bajo otros conceptos | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 1 | 0,7% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 2 | 2,1% | 6 | 0,8% |
| | 290 Psicosis orgánicas senil y presenil | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 2 | 0,3% |
| | 309.4 Reacción de adaptación con alteración simultánea de las emociones y de la conducta | 2 | 1,2% | 1 | 0,8% | 2 | 1,5% | 2 | 1,6% | 3 | 2,3% | 1 | 1,1% | 11 | 1,4% |
| | 309.0 Reacción depresiva breve | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 2 | 1,5% | 1 | 0,8% | 5 | 3,9% | 2 | 2,1% | 11 | 1,4% |
| | 300.3 Trastornos obsesivo-compulsivos | 2 | 1,2% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 1 | 0,8% | 1 | 1,1% | 7 | 0,9% |
| | 292 Psicosis por drogas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 1 | 0,1% |
| | 293 Psicosis orgánicas transitorias | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 3 | 0,4% |
| | 309.29 Otras reacciones de adaptación con perturbación predominante de otras emociones | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,7% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 1 | 1,1% | 5 | 0,6% |
| | 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada | 3 | 1,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 4 | 0,5% |
| | 303 Síndrome de dependencia del alcohol | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 1 | 0,7% | 0 | 0,0% | 3 | 2,3% | 0 | 0,0% | 7 | 0,9% |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| Enf. Sistema nervioso y órganos de los sentidos | 296 Psicosis afectiva | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 8 | 5,8% | 4 | 3,1% | 9 | 7,0% | 0 | 0,0% | 24 | 3,1% | |
| | 300.01 Trastorno de pánico | 3 | 1,8% | 3 | 2,4% | 2 | 1,5% | 2 | 1,6% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 12 | 1,5% | |
| | 312 Perturbación del comportamiento no clasificada bajo otros conceptos | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 3 | 0,4% | |
| | 297 Estados paranoides | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 3 | 0,4% | |
| | 300.00 Trastorno de ansiedad no especificado | 11 | 6,5% | 5 | 4,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 18 | 2,3% | |
| | 300.2 Trastornos fóbicos | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 3,1% | 0 | 0,0% | 5 | 0,6% | |
| | 296.2 Trastorno depresivo mayor | 21 | 12,4% | 4 | 3,2% | 1 | 0,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 26 | 3,3% | |
| | 309.28 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo | 4 | 2,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 5 | 0,6% | |
| | 300.20 Otros trastornos de ansiedad fóbica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,7% | 2 | 1,6% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 4 | 0,5% | |
| | 300.21 Trastorno de angustia con agorafobia | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 5 | 0,6% | |
| | 296.80 Trastorno bipolar no especificado | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 3 | 0,4% | |
| | 294 Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos) | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% | |
| | 300.1 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,5% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,5% | |
| | 301 Trastorno de la personalidad | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 1 | 0,7% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 0,8% | |
| | 300.22 Agorafobia sin ataques de pánico | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 309.9 Trastorno adaptativo no especificado | 6 | 3,5% | 5 | 4,0% | 1 | 0,7% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 14 | 1,8% | |
| | 310 Trastorno mental no psicótico por lesión cerebral orgánica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 296.24 Trastorno depresivo mayor episodio único grave con síntomas psicóticos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% | |
| | 300.12 Amnesia disociativa | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% | |
| | 305 Abuso de drogas sin dependencia. | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% | |
| | 300.19 Trastorno disociativo mixto | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 300.89 Otros trastornos de somatización | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 296.33 Trastorno depresivo mayor recidivante grave sin síntomas psicóticos | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 309.24 Trastorno adaptativo con ansiedad | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% | |
| | 309.81 Trastorno de estrés postraumático | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 298.9 Trastorno psicótico no especificado | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% | |
| | 357 Neuropatía Inflamatoria y tóxica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 351 Trastornos del nervio facial | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 346 Migrañas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 361.3 Defectos retinianos sin desprendimiento | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 349 Otros trastornos y los no especificados del sistema nervioso | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 380 Alteraciones en oído externo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 386 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 2 | 50,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 25,0% | |
| | 345 Epilepsia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 388 Otras alteraciones del oído | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 12,5% | |
| | 384 Otras alteraciones del tímpano | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | CIE-9-MC 361 Desprendimiento y defectos de la retina | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | 368 Perturbaciones visuales | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,3% | |
| | Enf. Sistema circulatorio CIE-9: 390-459 | 414 Otras formas de enfermedades cardíacas isquémicas crónicas | 1 | 25,0% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 2 | 25,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 13,8% |
| | | 427 Disritmias cardíacas | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 3 | 10,3% |
| | | 432 Otra hemorragia intracraneal y hemorragia intracraneal no especificada de otra manera | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 1 | 50,0% | 2 | 6,9% |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|----|--------|
| | 426 Alteraciones de conducción | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 3,4% |
| | 410 Infarto agudo de miocardio | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 33,3% | 3 | 37,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 17,2% |
| | 402 Cardiopatía hipertensiva | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 3,4% |
| | 451 Flebitis y tromboflebitis | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 3,4% |
| | 401 Hipertensión arterial esencial | 0 | 0,0% | 2 | 28,6% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 10,3% |
| | 435 Isquemia cerebral transitoria | 2 | 50,0% | 2 | 28,6% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 17,2% |
| | 428 Insuficiencia cardíaca. | 1 | 25,0% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 6,9% |
| | 452 Trombosis de la vena Porta | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 3,4% |
| | 411 Angina inestable | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 3,4% |
| Enf. Ap. Respiratorio CIE-9: 460-519 | 493 Asma | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| | 461 Sinusitis aguda | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| | 494 Bronquiectasias | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| Enf. Ap. Digestivo CIE-9: 520-579 | 533 Úlcera péptica, sitio no especificado | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 1 | 7,7% |
| | 571.4 Hepatitis crónica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% | 0 | 0,0% | 2 | 15,4% |
| | 537 Otras alteraciones gastroduodenales | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% |
| | 535.0 Gastritis aguda | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% |
| | 535 Gastritis y duodenitis | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 15,4% |
| | 571 Enfermedad hepática y cirrosis crónica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% |
| | 564 Alteraciones funcionales digestivas no clasificables en otro concepto | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% |
| | 577.0 Pancreatitis aguda | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% |
| | 560 Obstrucción intestinal sin hernia | 1 | 33,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% |
| | 569 Otras alteraciones intestinales | 2 | 66,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 15,4% |
| Enf. Ap. Genitourinario CIE-9: 580-629 | 592 Cálculo de riñón y uréter | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% |
| Complicaciones del embarazo CIE-9: 630-677 | 640 Hemorragia en fase temprana del embarazo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% |
| Enf. Osteo-mioarticular CIE-9: 710-739 | 717. Trastorno interno rodilla | 2 | 33,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 14,3% | 2 | 15,4% | 1 | 11,1% | 7 | 9,7% |
| | 729 Otros trastornos de tejidos blandos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,1% | 2 | 15,4% | 0 | 0,0% | 3 | 4,2% |
| | 723 Otros trastornos de la región cervical | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 6 | 40,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 3 | 33,3% | 11 | 15,3% |
| | 713 Artropatía asociada a otros trastornos clasificados bajo otros conceptos | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 1 | 6,7% | 1 | 7,1% | 1 | 7,7% | 1 | 11,1% | 5 | 6,9% |
| | 724.3 Lumbalgia con radiculopatía asociada | 0 | 0,0% | 2 | 13,3% | 1 | 6,7% | 1 | 7,1% | 1 | 7,7% | 1 | 11,1% | 6 | 8,3% |
| | 724 Otras alteraciones de la espalda no especificadas | 1 | 16,7% | 2 | 13,3% | 1 | 6,7% | 3 | 21,4% | 1 | 7,7% | 2 | 22,2% | 10 | 13,9% |
| | 710 Enfermedades difusas de los tejidos conectivos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 11,1% | 1 | 1,4% |
| | 722.4 Degeneración de disco intervertebral cervical | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 2 | 2,8% |
| | 728.6 Contractura de fascia palmar | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 15,4% | 0 | 0,0% | 2 | 2,8% |
| | 724.2 Lumbalgia sin radiculopatía asociada | 0 | 0,0% | 2 | 13,3% | 0 | 0,0% | 2 | 14,3% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 5 | 6,9% |
| | 726 Tendinitis inserciones periféricas y síndromes conexos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 13,3% | 2 | 14,3% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 5 | 6,9% |
| | 726.32 Epicondilitis lateral | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 1 | 7,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,8% |
| | 722 Trastorno del disco intervertebral | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 1 | 7,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 4,2% |
| | 719 Otros trastornos y trastornos de articulación no especificados de otra manera | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,8% |
| | 717.5 Alteraciones del menisco no clasificadas bajo otro concepto | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% |
| | 726.64 Tendinitis rotuliana | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% |
| | 726.11 Tendinitis calcificante del hombro | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% |
| | 717.7 Condromalacia rotuliana | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--------|----|--------|---|--------|---|--------|---|--------|----|--------|----|--------|
| Síntomas, signos CIE-9: 780-799 | 715 Osteoartrosis y trastornos conexos | 0 | 0,0% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% |
| | 716 Otras artropatías y artropatías no especificadas | 2 | 33,3% | 1 | 6,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 4,2% |
| | 780 Síntomas generales | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% |
| | 787 Síntomas que afectan al aparato digestivo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% |
| | 781 Síntomas que afectan sistema nervioso / aparato musculoesquelético | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% |
| | 789 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% |
| | 784 Síntomas que afectan a cabeza y cuello | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 33,3% |
| | 802 Fractura huesos faciales | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 1 | 1,8% |
| | 840 Esguinces y torceduras de hombro y brazo | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% |
| | 850 Contusión (Incluye conmoción cerebral) | 3 | 33,3% | 2 | 33,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 1 | 14,3% | 7 | 12,7% |
| Lesiones CIE-9: 800-999 | 920 Contusión de cara, cuero cabelludo y cuello salvo ojo(s) | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 2 | 3,6% |
| | 812 Fractura de húmero | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 1 | 1,8% |
| | 847 Esguinces y torceduras de otras partes de la espalda no clasificadas de otra manera | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 50,0% | 1 | 12,5% | 2 | 15,4% | 1 | 14,3% | 10 | 18,2% |
| | 875 Herida abierta de tórax (pared) | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 1 | 14,3% | 2 | 3,6% |
| | 929 Lesión por aplastamiento de múltiples sitios y sitios no especificados de otra manera | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 1 | 1,8% |
| | 848 Otros esguinces y torceduras y esguinces / torceduras mal definidos | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 15,4% | 0 | 0,0% | 3 | 5,5% |
| | 907 Efecto tardío de lesiones del sistema nervioso | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 923 Contusión miembro superior | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% |
| | 819 Fracturas múltiples miembros superiores / y costilla(s) / esternón | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 2 | 15,4% | 0 | 0,0% | 3 | 5,5% |
| | 924 Contusión de miembro inferior y otros sitios no especificados | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 25,0% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 4 | 7,3% |
| | 823 Fractura de tibia y peroné | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% |
| | 845 Esguinces y torceduras de tobillo y pie | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 813 Fractura de radio y cúbito | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 980 Efecto tóxico de alcohol | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% |
| | 873 Herida abierta de la cabeza | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% |
| | 958 Complicaciones precoces de los traumatismos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 852 Hemorragia subaracnoidea / subdural / extradural tras lesión | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 959 Otros traumatismos y los no especificados | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% |
| | 891 Herida abierta de rodilla, pierna (salvo muslo) y tobillo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 842 Esguinces y torceduras de muñeca y mano | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 807 Fractura de costillas | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| | 886 Amputación traumática de otro dedo mano (completa) (parcial) | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,8% |
| Otros | Sin diagnóstico | 3 | 33,3% | 5 | 45,5% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 9,1% | 10 | 21,3% |
| | Sin baja y sin diagnóstico.(Suspensión de funciones) | 4 | 44,4% | 5 | 45,5% | 6 | 85,7% | 2 | 100,0% | 6 | 85,7% | 9 | 81,8% | 32 | 68,1% |
| | V71.09 Diagnóstico aplazado | 1 | 11,1% | 1 | 9,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 1 | 9,1% | 4 | 8,5% |
| | V62.2 Problema laboral | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 2,1% |
| | Total del grupo de estudio | 9 | 100,0% | 11 | 100,0% | 7 | 100,0% | 2 | 100,0% | 7 | 100,0% | 11 | 100,0% | 47 | 100,0% |

Tabla 116. Clasificación WONCA (CIPSAP)

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sin diagnóstico | 7 | 3,4% | 10 | 5,8% | 7 | 3,7% | 2 | 1,1% | 6 | 3,4% | 10 | 7,9% | 42 | 4,0% |
| I Infecciosa y parasitaria | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 2 | 0,2% |
| II Neoplasias | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| III Endocrino, metabólico y de nutrición | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 3 | 0,3% |
| IV Enfermedades de la sangre | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| V Alteraciones mentales | 171 | 83,8% | 125 | 73,1% | 135 | 72,2% | 128 | 73,1% | 129 | 73,7% | 95 | 74,8% | 783 | 75,4% |
| VI Sistema nervioso y órganos de los sentidos | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 6 | 3,4% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 15 | 1,4% |
| VII Aparato circulatorio | 4 | 2,0% | 7 | 4,1% | 6 | 3,2% | 6 | 3,4% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 27 | 2,6% |
| VIII Aparato respiratorio | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| IX Aparato digestivo | 3 | 1,5% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 3 | 1,7% | 1 | 0,8% | 14 | 1,3% |
| X Aparato urogenital (incluyendo mama) | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| XI Embarazo parto y puerperio | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| XIII Aparato locomotor y tejido conjuntivo | 6 | 2,9% | 16 | 9,4% | 16 | 8,6% | 14 | 8,0% | 13 | 7,4% | 9 | 7,1% | 74 | 7,1% |
| XVI Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| XVII Lesiones y efectos adversos | 9 | 4,4% | 6 | 3,5% | 11 | 5,9% | 8 | 4,6% | 13 | 7,4% | 7 | 5,5% | 54 | 5,2% |
| Diagnóstico aplazado | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 4 | 0,4% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 117. Médico que firma el parte de Baja inicial

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sin baja | 7 | 3,4% | 10 | 5,8% | 8 | 4,3% | 2 | 1,1% | 6 | 3,4% | 10 | 7,9% | 43 | 4,1% |
| Médico de Familia | 179 | 87,7% | 155 | 90,6% | 167 | 89,3% | 156 | 89,1% | 144 | 82,3% | 106 | 83,5% | 907 | 87,3% |
| Psiquiatra | 18 | 8,8% | 6 | 3,5% | 12 | 6,4% | 12 | 6,9% | 22 | 12,6% | 8 | 6,3% | 78 | 7,5% |
| Otro especialista | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 2,9% | 3 | 1,7% | 3 | 2,4% | 11 | 1,1% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.19 Informe Clínico del CNP. Diagnóstico psiquiátrico CIE-10.

Tabla 118. Diagnóstico psiquiátrico en el IC del CNP

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| F00-F09 | No | 203 | 99,5% | 170 | 99,4% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 173 | 98,9% | 125 | 98,4% | 1033 | 99,4% |
| | Si | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 6 | 0,6% |
| F10-F19 | No | 190 | 93,1% | 164 | 95,9% | 176 | 94,1% | 166 | 94,9% | 165 | 94,3% | 123 | 96,9% | 984 | 94,7% |
| | Si | 14 | 6,9% | 7 | 4,1% | 11 | 5,9% | 9 | 5,1% | 10 | 5,7% | 4 | 3,1% | 55 | 5,3% |
| F20-F29 | No | 197 | 96,6% | 167 | 97,7% | 183 | 97,9% | 170 | 97,1% | 170 | 97,1% | 124 | 97,6% | 1011 | 97,3% |
| | Si | 7 | 3,4% | 4 | 2,3% | 4 | 2,1% | 5 | 2,9% | 5 | 2,9% | 3 | 2,4% | 28 | 2,7% |
| F30-F39 | No | 124 | 60,8% | 120 | 70,2% | 137 | 73,3% | 140 | 80,0% | 137 | 78,3% | 105 | 82,7% | 763 | 73,4% |
| | Si | 80 | 39,2% | 51 | 29,8% | 50 | 26,7% | 35 | 20,0% | 38 | 21,7% | 22 | 17,3% | 276 | 26,6% |
| F40-F48 | No | 128 | 62,7% | 94 | 55,0% | 111 | 59,4% | 93 | 53,1% | 93 | 53,1% | 61 | 48,0% | 580 | 55,8% |
| | Si | 76 | 37,3% | 77 | 45,0% | 76 | 40,6% | 82 | 46,9% | 82 | 46,9% | 66 | 52,0% | 459 | 44,2% |
| F50-F59 | No | 204 | 100,0% | 170 | 99,4% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1038 | 99,9% |
| | Si | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| F60-F69 | No | 191 | 93,6% | 161 | 94,2% | 182 | 97,3% | 169 | 96,6% | 169 | 96,6% | 123 | 96,9% | 995 | 95,8% |
| | Si | 13 | 6,4% | 10 | 5,8% | 5 | 2,7% | 6 | 3,4% | 6 | 3,4% | 4 | 3,1% | 44 | 4,2% |
| Otros | No | 202 | 99,0% | 167 | 97,7% | 186 | 99,5% | 175 | 100,0% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1031 | 99,2% |
| | Si | 2 | 1,0% | 4 | 2,3% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.20 Informe Clínico del CNP. Diagnóstico físico CIE-10

Tabla 119. Diagnósticos físicos en el IC del CNP

| | | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|--|-------------------------|-------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|-------|
| | | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A00-B99.Enf. Infecciosas | No | | 202 | 99,0% | 170 | 99,4% | 187 | 100,0% | 173 | 98,9% | 175 | 100,0% | 124 | 97,6% | 1031 | 99,2% |
| | Si | | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 8 | 0,8% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | | 202 | 99,0% | 171 | 100,0% | 183 | 97,9% | 174 | 99,4% | 172 | 98,3% | 124 | 97,6% | 1026 | 98,7% |
| | Si | | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 4 | 2,1% | 1 | 0,6% | 3 | 1,7% | 3 | 2,4% | 13 | 1,3% |
| D50-D89 Enf. Sangre y órganos hematopoyéticos | No | | 203 | 99,5% | 170 | 99,4% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1037 | 99,8% |
| | Si | | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | | 195 | 95,6% | 166 | 97,1% | 180 | 96,3% | 170 | 97,1% | 169 | 96,6% | 120 | 94,5% | 1000 | 96,2% |
| | Si | | 9 | 4,4% | 5 | 2,9% | 7 | 3,7% | 5 | 2,9% | 6 | 3,4% | 7 | 5,5% | 39 | 3,8% |
| G00-G99 Enf. Sistema nervioso | No | | 197 | 96,6% | 165 | 96,5% | 180 | 96,3% | 165 | 94,3% | 169 | 96,6% | 123 | 96,9% | 999 | 96,2% |
| | Si | | 7 | 3,4% | 6 | 3,5% | 7 | 3,7% | 10 | 5,7% | 6 | 3,4% | 4 | 3,1% | 40 | 3,8% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | | 203 | 99,5% | 169 | 98,8% | 187 | 100,0% | 174 | 99,4% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1034 | 99,5% |
| | Si | | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| H60-H95 Enf del oído | No | | 199 | 97,5% | 169 | 98,8% | 183 | 97,9% | 168 | 96,0% | 170 | 97,1% | 125 | 98,4% | 1014 | 97,6% |
| | Si | | 5 | 2,5% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 7 | 4,0% | 5 | 2,9% | 2 | 1,6% | 25 | 2,4% |

| | | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | | 187 | 91,7% | 156 | 91,2% | 177 | 94,7% | 153 | 87,4% | 167 | 95,4% | 122 | 96,1% | 962 | 92,6% |
| | Si | | 17 | 8,3% | 15 | 8,8% | 10 | 5,3% | 22 | 12,6% | 8 | 4,6% | 5 | 3,9% | 77 | 7,4% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | | 200 | 98,0% | 168 | 98,2% | 183 | 97,9% | 172 | 98,3% | 171 | 97,7% | 127 | 100,0% | 1021 | 98,3% |
| | Si | | 4 | 2,0% | 3 | 1,8% | 4 | 2,1% | 3 | 1,7% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 18 | 1,7% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | | 204 | 100,0% | 170 | 99,4% | 184 | 98,4% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1035 | 99,6% |
| | Si | | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo | No | | 181 | 88,7% | 137 | 80,1% | 151 | 80,7% | 151 | 86,3% | 158 | 90,3% | 116 | 91,3% | 894 | 86,0% |
| | Si | | 23 | 11,3% | 34 | 19,9% | 36 | 19,3% | 24 | 13,7% | 17 | 9,7% | 11 | 8,7% | 145 | 14,0% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | | 202 | 99,0% | 169 | 98,8% | 184 | 98,4% | 174 | 99,4% | 173 | 98,9% | 125 | 98,4% | 1027 | 98,8% |
| | Si | | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 12 | 1,2% |
| R00-R99 Síntomas signos y hallazgos anormales | No | | 197 | 96,6% | 163 | 95,3% | 181 | 96,8% | 167 | 95,4% | 173 | 98,9% | 120 | 94,5% | 1001 | 96,3% |
| | Si | | 7 | 3,4% | 8 | 4,7% | 6 | 3,2% | 8 | 4,6% | 2 | 1,1% | 7 | 5,5% | 38 | 3,7% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamientos y otros | No | | 193 | 94,6% | 158 | 92,4% | 174 | 93,0% | 160 | 91,4% | 165 | 94,3% | 121 | 95,3% | 971 | 93,5% |
| | Si | | 11 | 5,4% | 13 | 7,6% | 13 | 7,0% | 15 | 8,6% | 10 | 5,7% | 6 | 4,7% | 68 | 6,5% |
| Total del grupo de estudio | | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.21 Informe Clínico del CNP. Pruebas diagnósticas

Tabla 120. Pruebas diagnósticas del IC del CNP

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Radiografías | No consta | 181 | 88,7% | 144 | 84,2% | 158 | 84,5% | 155 | 88,6% | 157 | 89,7% | 114 | 89,8% | 909 | 87,5% |
| | Si | 23 | 11,3% | 27 | 15,8% | 29 | 15,5% | 20 | 11,4% | 18 | 10,3% | 13 | 10,2% | 130 | 12,5% |
| Escáner (TAC) | No consta | 172 | 84,3% | 143 | 83,6% | 170 | 90,9% | 157 | 89,7% | 155 | 88,6% | 112 | 88,2% | 909 | 87,5% |
| | Si | 32 | 15,7% | 28 | 16,4% | 17 | 9,1% | 18 | 10,3% | 20 | 11,4% | 15 | 11,8% | 130 | 12,5% |
| RMN | No consta | 159 | 77,9% | 117 | 68,4% | 137 | 73,3% | 126 | 72,0% | 136 | 77,7% | 101 | 79,5% | 776 | 74,7% |
| | Si | 45 | 22,1% | 54 | 31,6% | 50 | 26,7% | 49 | 28,0% | 39 | 22,3% | 26 | 20,5% | 263 | 25,3% |
| Ecografía /Eco-Doppler | No consta | 188 | 92,2% | 145 | 84,8% | 168 | 89,8% | 160 | 91,4% | 162 | 92,6% | 119 | 93,7% | 942 | 90,7% |
| | Si | 16 | 7,8% | 26 | 15,2% | 19 | 10,2% | 15 | 8,6% | 13 | 7,4% | 8 | 6,3% | 97 | 9,3% |
| Análisis Clínicos | No consta | 167 | 81,9% | 129 | 75,4% | 148 | 79,1% | 129 | 73,7% | 128 | 73,1% | 98 | 77,2% | 799 | 76,9% |
| | Si | 37 | 18,1% | 42 | 24,6% | 39 | 20,9% | 46 | 26,3% | 47 | 26,9% | 29 | 22,8% | 240 | 23,1% |
| EEG y Cartografía | No consta | 183 | 89,7% | 164 | 95,9% | 179 | 95,7% | 165 | 94,3% | 170 | 97,1% | 122 | 96,1% | 983 | 94,6% |
| | Si | 21 | 10,3% | 7 | 4,1% | 8 | 4,3% | 10 | 5,7% | 5 | 2,9% | 5 | 3,9% | 56 | 5,4% |
| Pr. Exploración Cardiológica | No consta | 176 | 86,3% | 144 | 84,2% | 164 | 87,7% | 158 | 90,3% | 159 | 90,9% | 111 | 87,4% | 912 | 87,8% |
| | Si | 28 | 13,7% | 27 | 15,8% | 23 | 12,3% | 17 | 9,7% | 16 | 9,1% | 16 | 12,6% | 127 | 12,2% |
| Estudio Polisomnográfico | No consta | 202 | 99,0% | 166 | 97,1% | 183 | 97,9% | 172 | 98,3% | 173 | 98,9% | 124 | 97,6% | 1020 | 98,2% |
| | Si | 2 | 1,0% | 5 | 2,9% | 4 | 2,1% | 3 | 1,7% | 2 | 1,1% | 3 | 2,4% | 19 | 1,8% |
| Otras Pr. Diagnósticas. | No consta | 169 | 82,8% | 138 | 80,7% | 151 | 80,7% | 137 | 78,3% | 150 | 85,7% | 100 | 78,7% | 845 | 81,3% |
| | Si | 35 | 17,2% | 33 | 19,3% | 36 | 19,3% | 38 | 21,7% | 25 | 14,3% | 27 | 21,3% | 194 | 18,7% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.22 Datos de Informes psicológicos realizados en el CNP

Tabla 121. Datos de Informes Psicológicos realizados en el CNP

| | | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Trastorno de la personalidad | No consta | | 153 | 75,0% | 134 | 78,4% | 158 | 84,5% | 136 | 77,7% | 140 | 80,0% | 94 | 74,0% | 815 | 78,4% |
| | Si | | 51 | 25,0% | 37 | 21,6% | 29 | 15,5% | 39 | 22,3% | 35 | 20,0% | 33 | 26,0% | 224 | 21,6% |
| Depresión | No consta | | 176 | 86,3% | 141 | 82,5% | 164 | 87,7% | 156 | 89,1% | 154 | 88,0% | 106 | 83,5% | 897 | 86,3% |
| | Si | | 28 | 13,7% | 30 | 17,5% | 23 | 12,3% | 19 | 10,9% | 21 | 12,0% | 21 | 16,5% | 142 | 13,7% |
| Trastorno de ansiedad | No consta | | 148 | 72,5% | 130 | 76,0% | 139 | 74,3% | 135 | 77,1% | 123 | 70,3% | 78 | 61,4% | 753 | 72,5% |
| | Si | | 56 | 27,5% | 41 | 24,0% | 48 | 25,7% | 40 | 22,9% | 52 | 29,7% | 49 | 38,6% | 286 | 27,5% |
| Consumo sustancias | No consta | | 194 | 95,1% | 166 | 97,1% | 174 | 93,0% | 164 | 93,7% | 172 | 98,3% | 119 | 93,7% | 989 | 95,2% |
| | Si | | 10 | 4,9% | 5 | 2,9% | 13 | 7,0% | 11 | 6,3% | 3 | 1,7% | 8 | 6,3% | 50 | 4,8% |
| Alteraciones cognitivas | No consta | | 197 | 96,6% | 169 | 98,8% | 182 | 97,3% | 172 | 98,3% | 172 | 98,3% | 126 | 99,2% | 1018 | 98,0% |
| | Si | | 7 | 3,4% | 2 | 1,2% | 5 | 2,7% | 3 | 1,7% | 3 | 1,7% | 1 | 0,8% | 21 | 2,0% |
| Otros datos | No consta | | 172 | 84,3% | 147 | 86,0% | 155 | 82,9% | 143 | 81,7% | 163 | 93,1% | 113 | 89,0% | 893 | 85,9% |
| | Si | | 32 | 15,7% | 24 | 14,0% | 32 | 17,1% | 32 | 18,3% | 12 | 6,9% | 14 | 11,0% | 146 | 14,1% |
| Total del grupo de estudio | | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.23 Datos de Informes psicológicos externos al CNP

Tabla 122. Datos de Informes psicológicos externos al CNP

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Trastornos de la personalidad | No consta | 193 | 94,6% | 166 | 97,1% | 182 | 97,3% | 168 | 96,0% | 173 | 98,9% | 125 | 98,4% | 1007 | 96,9% |
| | Si | 11 | 5,4% | 5 | 2,9% | 5 | 2,7% | 7 | 4,0% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 32 | 3,1% |
| Trastornos afectivos | No consta | 187 | 91,7% | 156 | 91,2% | 176 | 94,1% | 165 | 94,3% | 169 | 96,6% | 122 | 96,1% | 975 | 93,8% |
| | Si | 17 | 8,3% | 15 | 8,8% | 11 | 5,9% | 10 | 5,7% | 6 | 3,4% | 5 | 3,9% | 64 | 6,2% |
| Trastornos neuróticos | No consta | 174 | 85,3% | 129 | 75,4% | 161 | 86,1% | 145 | 82,9% | 151 | 86,3% | 112 | 88,2% | 872 | 83,9% |
| | Si | 30 | 14,7% | 42 | 24,6% | 26 | 13,9% | 30 | 17,1% | 24 | 13,7% | 15 | 11,8% | 167 | 16,1% |
| Trastornos consumo sustancias psicotropas | No consta | 203 | 99,5% | 170 | 99,4% | 183 | 97,9% | 171 | 97,7% | 174 | 99,4% | 126 | 99,2% | 1027 | 98,8% |
| | Si | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 4 | 2,1% | 4 | 2,3% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 12 | 1,2% |
| Trastornos psicóticos | No consta | 202 | 99,0% | 169 | 98,8% | 186 | 99,5% | 173 | 98,9% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1031 | 99,2% |
| | Si | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| Perfil neuropsicológico | No consta | 204 | 100,0% | 169 | 98,8% | 185 | 98,9% | 173 | 98,9% | 175 | 100,0% | 125 | 98,4% | 1031 | 99,2% |
| | Si | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 8 | 0,8% |
| Otros datos del Informe | No consta | 195 | 95,6% | 162 | 94,7% | 177 | 94,7% | 159 | 90,9% | 166 | 94,9% | 124 | 97,6% | 983 | 94,6% |
| | Si | 9 | 4,4% | 9 | 5,3% | 10 | 5,3% | 16 | 9,1% | 9 | 5,1% | 3 | 2,4% | 56 | 5,4% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.24 Informe Clínico del CNP. Tratamientos

Tabla 123. Tratamientos en el IC del CNP

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No consta | 142 | 69,6% | 94 | 55,0% | 114 | 61,0% | 116 | 66,3% | 139 | 79,4% | 91 | 71,7% | 696 | 67,0% |
| Farmacológico | 35 | 17,2% | 42 | 24,6% | 32 | 17,1% | 28 | 16,0% | 16 | 9,1% | 12 | 9,4% | 165 | 15,9% |
| Rehabilitación | 6 | 2,9% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 12 | 1,2% |
| Quirúrgico | 12 | 5,9% | 8 | 4,7% | 13 | 7,0% | 12 | 6,9% | 8 | 4,6% | 5 | 3,9% | 58 | 5,6% |
| Farmacológico y Rehabilitador | 4 | 2,0% | 10 | 5,8% | 9 | 4,8% | 5 | 2,9% | 6 | 3,4% | 8 | 6,3% | 42 | 4,0% |
| Rehabilitador y Quirúrgico | 2 | 1,0% | 5 | 2,9% | 8 | 4,3% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 3 | 2,4% | 22 | 2,1% |
| Farmacológico y Otros | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,1% |
| Farmacológico, Rehabilitador y Quirúrgico | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 5 | 2,7% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 13 | 1,3% |
| Farmacológico y Quirúrgico | 2 | 1,0% | 3 | 1,8% | 3 | 1,6% | 6 | 3,4% | 3 | 1,7% | 2 | 1,6% | 19 | 1,8% |
| Quirúrgico y Otros | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Farmacológico, Rehabilitación y Otros | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Otros | 0 | 0,0% | 5 | 2,9% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 9 | 0,9% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.25 Informe Clínico del CNP. Propuesta

Tabla 124. Propuesta en el IC del CNP

| Año del T.M. | Informe Clínico CNP. Propuesta | | | | | | | | | |
|--------------|--|--------|---|--------|-------------------|--------|---------------|--------|-------|--------|
| | Valoración por Salud Mental del Servicio Sanitario Central | | Valoración por Tribunal Médico / Cambio de situación administrativa | | Continuar en I.T. | | Sin propuesta | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 49 | 25,5% | 104 | 19,7% | 19 | 15,6% | 32 | 16,2% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 25 | 13,0% | 100 | 18,9% | 18 | 14,8% | 28 | 14,2% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 30 | 15,6% | 103 | 19,5% | 20 | 16,4% | 34 | 17,3% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 32 | 16,7% | 89 | 16,9% | 18 | 14,8% | 36 | 18,3% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 29 | 15,1% | 80 | 15,2% | 28 | 23,0% | 38 | 19,3% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 27 | 14,1% | 52 | 9,8% | 19 | 15,6% | 29 | 14,7% | 127 | 12,2% |
| Total | 192 | 100,0% | 528 | 100,0% | 122 | 100,0% | 197 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.26 Informes en el Expediente Clínico-Laboral

15.2.26.1 Diagnósticos psiquiátricos CIE-10 externos al CNP

Tabla 125. Psiquiatras de MUFACE

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| F00-F09 | No | 200 | 98,0% | 171 | 100,0% | 184 | 98,4% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 125 | 98,4% | 1030 | 99,1% |
| | Si | 4 | 2,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 9 | 0,9% |
| F10-F19 | No | 191 | 93,6% | 161 | 94,2% | 173 | 92,5% | 164 | 93,7% | 160 | 91,4% | 113 | 89,0% | 962 | 92,6% |
| | Si | 13 | 6,4% | 10 | 5,8% | 14 | 7,5% | 11 | 6,3% | 15 | 8,6% | 14 | 11,0% | 77 | 7,4% |
| F20-F29 | No | 190 | 93,1% | 164 | 95,9% | 182 | 97,3% | 165 | 94,3% | 168 | 96,0% | 121 | 95,3% | 990 | 95,3% |
| | Si | 14 | 6,9% | 7 | 4,1% | 5 | 2,7% | 10 | 5,7% | 7 | 4,0% | 6 | 4,7% | 49 | 4,7% |
| F30-F39 | No | 97 | 47,5% | 95 | 55,6% | 119 | 63,6% | 115 | 65,7% | 108 | 61,7% | 89 | 70,1% | 623 | 60,0% |
| | Si | 107 | 52,5% | 76 | 44,4% | 68 | 36,4% | 60 | 34,3% | 67 | 38,3% | 38 | 29,9% | 416 | 40,0% |
| F40-F42 | No | 158 | 77,5% | 115 | 67,3% | 136 | 72,7% | 111 | 63,4% | 120 | 68,6% | 83 | 65,4% | 723 | 69,6% |
| | Si | 46 | 22,5% | 56 | 32,7% | 51 | 27,3% | 64 | 36,6% | 55 | 31,4% | 44 | 34,6% | 316 | 30,4% |
| F43-F48 | No | 155 | 76,0% | 129 | 75,4% | 126 | 67,4% | 129 | 73,7% | 113 | 64,6% | 87 | 68,5% | 739 | 71,1% |
| | Si | 49 | 24,0% | 42 | 24,6% | 61 | 32,6% | 46 | 26,3% | 62 | 35,4% | 40 | 31,5% | 300 | 28,9% |
| F50-F59 | No | 204 | 100,0% | 170 | 99,4% | 186 | 99,5% | 173 | 98,9% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1035 | 99,6% |
| | Si | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| F60-F69. | No | 174 | 85,3% | 154 | 90,1% | 166 | 88,8% | 156 | 89,1% | 148 | 84,6% | 111 | 87,4% | 909 | 87,5% |
| | Si | 30 | 14,7% | 17 | 9,9% | 21 | 11,2% | 19 | 10,9% | 27 | 15,4% | 16 | 12,6% | 130 | 12,5% |
| Otros procesos CIE-10 | No | 182 | 89,2% | 151 | 88,3% | 170 | 90,9% | 132 | 75,4% | 140 | 80,0% | 104 | 81,9% | 879 | 84,6% |
| | Si | 22 | 10,8% | 20 | 11,7% | 17 | 9,1% | 43 | 24,6% | 35 | 20,0% | 23 | 18,1% | 160 | 15,4% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 126. Especialista externo a CNP y a MUFACE

| | Año | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| F00-F09 No | 202 | 99,0% | 169 | 98,8% | 183 | 97,9% | 172 | 98,3% | 175 | 100,0% | 125 | 98,4% | 1026 | 98,7% |
| Si | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 13 | 1,3% |
| F10-F19 No | 195 | 95,6% | 166 | 97,1% | 182 | 97,3% | 166 | 94,9% | 168 | 96,0% | 122 | 96,1% | 999 | 96,2% |
| Si | 9 | 4,4% | 5 | 2,9% | 5 | 2,7% | 9 | 5,1% | 7 | 4,0% | 5 | 3,9% | 40 | 3,8% |
| F20-F29 No | 197 | 96,6% | 168 | 98,2% | 183 | 97,9% | 168 | 96,0% | 169 | 96,6% | 122 | 96,1% | 1007 | 96,9% |
| Si | 7 | 3,4% | 3 | 1,8% | 4 | 2,1% | 7 | 4,0% | 6 | 3,4% | 5 | 3,9% | 32 | 3,1% |
| F30-F39 No | 137 | 67,2% | 135 | 78,9% | 160 | 85,6% | 151 | 86,3% | 143 | 81,7% | 116 | 91,3% | 842 | 81,0% |
| Si | 67 | 32,8% | 36 | 21,1% | 27 | 14,4% | 24 | 13,7% | 32 | 18,3% | 11 | 8,7% | 197 | 19,0% |
| F40-F48 No | 131 | 64,2% | 101 | 59,1% | 114 | 61,0% | 102 | 58,3% | 96 | 54,9% | 61 | 48,0% | 605 | 58,2% |
| Si | 73 | 35,8% | 70 | 40,9% | 73 | 39,0% | 73 | 41,7% | 79 | 45,1% | 66 | 52,0% | 434 | 41,8% |
| F60-F69 No | 186 | 91,2% | 157 | 91,8% | 159 | 85,0% | 147 | 84,0% | 140 | 80,0% | 111 | 87,4% | 900 | 86,6% |
| Si | 18 | 8,8% | 14 | 8,2% | 28 | 15,0% | 28 | 16,0% | 35 | 20,0% | 16 | 12,6% | 139 | 13,4% |
| Otros No | 204 | 100,0% | 170 | 99,4% | 184 | 98,4% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1035 | 99,6% |
| Si | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| Total del grupo de estudio | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.26.2 Informes de especialistas no psiquiatras

Tabla 127. Informes especialistas no psiquiatras

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Trauma/Reumatología | No | 156 | 76,5% | 117 | 68,4% | 131 | 70,1% | 128 | 73,1% | 138 | 78,9% | 103 | 81,1% | 773 | 74,4% |
| | Si | 48 | 23,5% | 54 | 31,6% | 56 | 29,9% | 47 | 26,9% | 37 | 21,1% | 24 | 18,9% | 266 | 25,6% |
| Medicina Interna | No | 194 | 95,1% | 164 | 95,9% | 176 | 94,1% | 171 | 97,7% | 167 | 95,4% | 117 | 92,1% | 989 | 95,2% |
| | Si | 10 | 4,9% | 7 | 4,1% | 11 | 5,9% | 4 | 2,3% | 8 | 4,6% | 10 | 7,9% | 50 | 4,8% |
| Cardiología | No | 188 | 92,2% | 156 | 91,2% | 178 | 95,2% | 158 | 90,3% | 169 | 96,6% | 124 | 97,6% | 973 | 93,6% |
| | Si | 16 | 7,8% | 15 | 8,8% | 9 | 4,8% | 17 | 9,7% | 6 | 3,4% | 3 | 2,4% | 66 | 6,4% |
| Neumología | No | 198 | 97,1% | 167 | 97,7% | 182 | 97,3% | 170 | 97,1% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1018 | 98,0% |
| | Si | 6 | 2,9% | 4 | 2,3% | 5 | 2,7% | 5 | 2,9% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 21 | 2,0% |
| Aparato Digestivo | No | 192 | 94,1% | 162 | 94,7% | 181 | 96,8% | 165 | 94,3% | 171 | 97,7% | 125 | 98,4% | 996 | 95,9% |
| | Si | 12 | 5,9% | 9 | 5,3% | 6 | 3,2% | 10 | 5,7% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 43 | 4,1% |
| Endocrinología y Nutrición | No | 196 | 96,1% | 167 | 97,7% | 185 | 98,9% | 169 | 96,6% | 173 | 98,9% | 125 | 98,4% | 1015 | 97,7% |
| | Si | 8 | 3,9% | 4 | 2,3% | 2 | 1,1% | 6 | 3,4% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 24 | 2,3% |
| Nefro-Urología | No | 200 | 98,0% | 167 | 97,7% | 185 | 98,9% | 173 | 98,9% | 172 | 98,3% | 127 | 100,0% | 1024 | 98,6% |
| | Si | 4 | 2,0% | 4 | 2,3% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 15 | 1,4% |
| Cirugía | No | 174 | 85,3% | 147 | 86,0% | 146 | 78,1% | 149 | 85,1% | 150 | 85,7% | 113 | 89,0% | 879 | 84,6% |
| | Si | 30 | 14,7% | 24 | 14,0% | 41 | 21,9% | 26 | 14,9% | 25 | 14,3% | 14 | 11,0% | 160 | 15,4% |
| O.R.L. | No | 191 | 93,6% | 154 | 90,1% | 176 | 94,1% | 159 | 90,9% | 166 | 94,9% | 122 | 96,1% | 968 | 93,2% |
| | Si | 13 | 6,4% | 17 | 9,9% | 11 | 5,9% | 16 | 9,1% | 9 | 5,1% | 5 | 3,9% | 71 | 6,8% |
| Oftalmología | No | 198 | 97,1% | 166 | 97,1% | 183 | 97,9% | 168 | 96,0% | 173 | 98,9% | 126 | 99,2% | 1014 | 97,6% |
| | Si | 6 | 2,9% | 5 | 2,9% | 4 | 2,1% | 7 | 4,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 25 | 2,4% |
| Neurología | No | 183 | 89,7% | 153 | 89,5% | 163 | 87,2% | 156 | 89,1% | 162 | 92,6% | 111 | 87,4% | 928 | 89,3% |
| | Si | 21 | 10,3% | 18 | 10,5% | 24 | 12,8% | 19 | 10,9% | 13 | 7,4% | 16 | 12,6% | 111 | 10,7% |
| Médico de Familia | No | 163 | 79,9% | 132 | 77,2% | 133 | 71,1% | 143 | 81,7% | 125 | 71,4% | 92 | 72,4% | 788 | 75,8% |
| | Si | 41 | 20,1% | 39 | 22,8% | 54 | 28,9% | 32 | 18,3% | 50 | 28,6% | 35 | 27,6% | 251 | 24,2% |
| Otras especialidades | No | 201 | 98,5% | 170 | 99,4% | 185 | 98,9% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1033 | 99,4% |
| | Si | 3 | 1,5% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.26.3 Informes periciales

Tabla 128. Informes periciales

| | | Año | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Psiquiatra | No | 194 | 95,1% | 163 | 95,3% | 177 | 94,7% | 165 | 94,3% | 170 | 97,1% | 122 | 96,1% | 991 | 95,4% |
| | Si | 10 | 4,9% | 8 | 4,7% | 10 | 5,3% | 10 | 5,7% | 5 | 2,9% | 5 | 3,9% | 48 | 4,6% |
| Psicólogo | No | 202 | 99,0% | 169 | 98,8% | 185 | 98,9% | 174 | 99,4% | 168 | 96,0% | 126 | 99,2% | 1024 | 98,6% |
| | Si | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 7 | 4,0% | 1 | 0,8% | 15 | 1,4% |
| Traumatólogo | No | 202 | 99,0% | 168 | 98,2% | 184 | 98,4% | 175 | 100,0% | 174 | 99,4% | 126 | 99,2% | 1029 | 99,0% |
| | Si | 2 | 1,0% | 3 | 1,8% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 10 | 1,0% |
| Valorador Daño Corporal | No | 198 | 97,1% | 164 | 95,9% | 180 | 96,3% | 169 | 96,6% | 174 | 99,4% | 122 | 96,1% | 1007 | 96,9% |
| | Si | 6 | 2,9% | 7 | 4,1% | 7 | 3,7% | 6 | 3,4% | 1 | 0,6% | 5 | 3,9% | 32 | 3,1% |
| Medicina Legal y Forense | No | 202 | 99,0% | 167 | 97,7% | 186 | 99,5% | 172 | 98,3% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1029 | 99,0% |
| | Si | 2 | 1,0% | 4 | 2,3% | 1 | 0,5% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 10 | 1,0% |
| Médico Forense | No | 197 | 96,6% | 163 | 95,3% | 176 | 94,1% | 167 | 95,4% | 171 | 97,7% | 125 | 98,4% | 999 | 96,2% |
| | Si | 7 | 3,4% | 8 | 4,7% | 11 | 5,9% | 8 | 4,6% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 40 | 3,8% |
| Otros Peritos | No | 200 | 98,0% | 170 | 99,4% | 186 | 99,5% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1033 | 99,4% |
| | Si | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.26.4 Tratamientos que constan en el Expediente Clínico-Laboral

Tabla 129. Tratamientos

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Psicofarmacológico | No | 9 | 4,4% | 4 | 2,3% | 9 | 4,8% | 9 | 5,1% | 7 | 4,0% | 4 | 3,1% | 42 | 4,0% |
| | Si | 195 | 95,6% | 167 | 97,7% | 178 | 95,2% | 166 | 94,9% | 168 | 96,0% | 123 | 96,9% | 997 | 96,0% |
| | Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |
| Psicoterapia | No | 150 | 73,5% | 110 | 64,3% | 148 | 79,1% | 132 | 75,4% | 131 | 74,9% | 86 | 67,7% | 757 | 72,9% |
| | Si | 54 | 26,5% | 61 | 35,7% | 39 | 20,9% | 43 | 24,6% | 44 | 25,1% | 41 | 32,3% | 282 | 27,1% |
| | Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |
| Rehabilitación | No | 179 | 87,7% | 133 | 77,8% | 150 | 80,2% | 154 | 88,0% | 153 | 87,4% | 109 | 85,8% | 878 | 84,5% |
| | Si | 25 | 12,3% | 38 | 22,2% | 37 | 19,8% | 21 | 12,0% | 22 | 12,6% | 18 | 14,2% | 161 | 15,5% |
| | Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |
| Hospitalización | No | 149 | 73,0% | 122 | 71,3% | 128 | 68,4% | 127 | 72,6% | 122 | 69,7% | 94 | 74,0% | 742 | 71,4% |
| | Si | 55 | 27,0% | 49 | 28,7% | 59 | 31,6% | 48 | 27,4% | 53 | 30,3% | 33 | 26,0% | 297 | 28,6% |
| | Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |
| Alcohol / Drogas | No | 196 | 96,1% | 168 | 98,2% | 180 | 96,3% | 168 | 96,0% | 168 | 96,0% | 121 | 95,3% | 1001 | 96,3% |
| | Si | 8 | 3,9% | 3 | 1,8% | 7 | 3,7% | 7 | 4,0% | 7 | 4,0% | 6 | 4,7% | 38 | 3,7% |
| | Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.27 Situación administrativa previa al último Tribunal Médico

Tabla 130. Situación administrativa previa al último TM

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Segunda actividad por edad c/d | 3 | 1,5% | 2 | 1,2% | 5 | 2,7% | 5 | 2,9% | 12 | 6,9% | 7 | 5,5% | 34 | 3,3% |
| Activo | 196 | 96,1% | 163 | 95,3% | 176 | 94,1% | 168 | 96,0% | 156 | 89,1% | 111 | 87,4% | 970 | 93,4% |
| Suspensión de funciones | 5 | 2,5% | 3 | 1,8% | 4 | 2,1% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 6 | 4,7% | 23 | 2,2% |
| Segunda actividad por enfermedad c/d | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| Interno en Centro Penitenciario | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 3 | 2,4% | 10 | 1,0% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.27.1 Tribunales Médicos anteriores

Tabla 131. Tribunales Médicos anteriores con diagnósticos Somáticos y/o Psiquiátricos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Ninguno | 158 | 77,5% | 122 | 71,3% | 143 | 76,5% | 140 | 80,0% | 147 | 84,0% | 107 | 84,3% | 817 | 78,6% |
| 1 | 38 | 18,6% | 33 | 19,3% | 31 | 16,6% | 32 | 18,3% | 21 | 12,0% | 14 | 11,0% | 169 | 16,3% |
| 2 | 7 | 3,4% | 7 | 4,1% | 9 | 4,8% | 2 | 1,1% | 4 | 2,3% | 4 | 3,1% | 33 | 3,2% |
| 3 | 1 | 0,5% | 7 | 4,1% | 3 | 1,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 15 | 1,4% |
| Más de 3 | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.27.2 Inicio del Tribunal Médico

Tabla 132. Inicio del Tribunal Médico

| Año del T.M. | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------------------------|--------|--------------------------|--------|---|--------|-------|--------|
| | Instancia Segunda actividad | | Oficio Segunda actividad | | Instancia Jubilación por IP | | Oficio Jubilación por IP | | Petición de Juez de inicio de Jubilación por IP | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 7 | 25,0% | 121 | 19,4% | 18 | 16,7% | 58 | 20,8% | 0 | 0,0% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 6 | 21,4% | 109 | 17,5% | 24 | 22,2% | 31 | 11,1% | 1 | 100,0% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 3 | 10,7% | 116 | 18,6% | 21 | 19,4% | 47 | 16,8% | 0 | 0,0% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 3 | 10,7% | 113 | 18,1% | 14 | 13,0% | 45 | 16,1% | 0 | 0,0% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 6 | 21,4% | 101 | 16,2% | 16 | 14,8% | 52 | 18,6% | 0 | 0,0% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 3 | 10,7% | 63 | 10,1% | 15 | 13,9% | 46 | 16,5% | 0 | 0,0% | 127 | 12,2% |
| Total | 28 | 100,0% | 623 | 100,0% | 108 | 100,0% | 279 | 100,0% | 1 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28 Dictamen Tribunal Médico de 2004 a 2009

15.2.28.1 Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10

Tabla 133. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

| Año del T.M. | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------|--------|------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|--|--------|-------|--------|-------|--------|
| | No | | F 06.7 Trastorno cognoscitivo leve | | F06.32 Trastorno depresivo orgánico | | F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico | | Otros | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 197 | 19,5% | 0 | 0,0% | 5 | 50,0% | 1 | 16,7% | 1 | 33,3% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 164 | 16,2% | 1 | 11,1% | 2 | 20,0% | 3 | 50,0% | 1 | 33,3% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 181 | 17,9% | 4 | 44,4% | 2 | 20,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 173 | 17,1% | 1 | 11,1% | 0 | 0,0% | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 175 | 17,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 121 | 12,0% | 3 | 33,3% | 1 | 10,0% | 1 | 16,7% | 1 | 33,3% | 127 | 12,2% |
| Total | 1011 | 100,0% | 9 | 100,0% | 10 | 100,0% | 6 | 100,0% | 3 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 134. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 176 | 86,3% | 152 | 88,9% | 158 | 84,5% | 151 | 86,3% | 149 | 85,1% | 102 | 80,3% | 888 | 85,5% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol referido actualmente en abstinencia | 7 | 3,4% | 6 | 3,5% | 7 | 3,7% | 3 | 1,7% | 5 | 2,9% | 5 | 3,9% | 33 | 3,2% |
| F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol | 9 | 4,4% | 2 | 1,2% | 6 | 3,2% | 5 | 2,9% | 9 | 5,1% | 6 | 4,7% | 37 | 3,6% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol | 10 | 4,9% | 10 | 5,8% | 12 | 6,4% | 9 | 5,1% | 7 | 4,0% | 4 | 3,1% | 52 | 5,0% |
| F19.1 Consumo perjudicial de alcohol y Tóxicos actualmente referido en abstinencia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicotropas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 4 | 3,1% | 6 | 0,6% |
| F10.20 Síndrome de dependencia de alcohol actualmente en abstinencia | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 3 | 1,6% | 3 | 1,7% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 11 | 1,1% |
| F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 2 | 0,2% |
| F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Otros | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 2,4% | 3 | 0,3% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 135. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 194 | 95,1% | 165 | 96,5% | 176 | 94,1% | 161 | 92,0% | 166 | 94,9% | 121 | 95,3% | 983 | 94,6% |
| F20 Esquizofrenia | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 1 | 0,5% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 10 | 1,0% |
| F21 Trastorno esquizotípico | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes | 2 | 1,0% | 4 | 2,3% | 4 | 2,1% | 5 | 2,9% | 6 | 3,4% | 4 | 3,1% | 25 | 2,4% |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| F25 Trastorno esquizoafectivo | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| Antecedente de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| F29 Psicosis sin especificación | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 136. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 109 | 53,4% | 100 | 58,5% | 115 | 61,5% | 118 | 67,4% | 123 | 70,3% | 91 | 71,7% | 656 | 63,1% |
| F30 Hipomanía | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| F31 Trastorno bipolar | 8 | 3,9% | 3 | 1,8% | 3 | 1,6% | 4 | 2,3% | 4 | 2,3% | 1 | 0,8% | 23 | 2,2% |
| F32 Episodios depresivos | 39 | 19,1% | 32 | 18,7% | 26 | 13,9% | 36 | 20,6% | 29 | 16,6% | 22 | 17,3% | 184 | 17,7% |
| F33 Trastorno depresivo recurrente | 25 | 12,3% | 11 | 6,4% | 28 | 15,0% | 5 | 2,9% | 8 | 4,6% | 7 | 5,5% | 84 | 8,1% |
| F34 Trastorno del humor persistente | 22 | 10,8% | 25 | 14,6% | 14 | 7,5% | 12 | 6,9% | 11 | 6,3% | 6 | 4,7% | 90 | 8,7% |
| F38 Otros trastornos del humor | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 137. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 109 | 53,4% | 83 | 48,5% | 89 | 47,6% | 70 | 40,0% | 71 | 40,6% | 53 | 41,7% | 475 | 45,7% |
| F40 Trastornos de ansiedad fóbica | 3 | 1,5% | 4 | 2,3% | 5 | 2,7% | 4 | 2,3% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 22 | 2,1% |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 43 | 21,1% | 40 | 23,4% | 38 | 20,3% | 46 | 26,3% | 50 | 28,6% | 27 | 21,3% | 244 | 23,5% |
| F42 Trastorno obsesivo compulsivo | 6 | 2,9% | 4 | 2,3% | 1 | 0,5% | 4 | 2,3% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 18 | 1,7% |
| F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación | 40 | 19,6% | 37 | 21,6% | 51 | 27,3% | 48 | 27,4% | 48 | 27,4% | 42 | 33,1% | 266 | 25,6% |
| F44 Trastorno dissociativo | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| F45 Trastornos somatomorfos | 3 | 1,5% | 2 | 1,2% | 3 | 1,6% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 13 | 1,3% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 138. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 204 | 100,0% | 168 | 98,2% | 186 | 99,5% | 172 | 98,3% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1031 | 99,2% |
| F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación | 0 | 0,0% | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 139. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 144 | 70,6% | 130 | 76,0% | 140 | 74,9% | 117 | 66,9% | 108 | 61,7% | 83 | 65,4% | 722 | 69,5% |
| F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad | 4 | 2,0% | 2 | 1,2% | 1 | 0,5% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 13 | 1,3% |
| F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad | 4 | 2,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 8 | 0,8% |
| F60.2 Trastorno disocial de la personalidad | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 2 | 1,6% | 11 | 1,1% |
| F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 6 | 0,6% |
| F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite | 3 | 1,5% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 8 | 0,8% |
| F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad | 2 | 1,0% | 8 | 4,7% | 3 | 1,6% | 5 | 2,9% | 5 | 2,9% | 3 | 2,4% | 26 | 2,5% |
| F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad | 1 | 0,5% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 1,7% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 6 | 0,6% |
| F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 1 | 0,1% |
| F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 2 | 0,2% |
| F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación | 15 | 7,4% | 9 | 5,3% | 12 | 6,4% | 20 | 11,4% | 25 | 14,3% | 16 | 12,6% | 97 | 9,3% |
| F61.0 Trastorno mixto de la personalidad | 21 | 10,3% | 12 | 7,0% | 16 | 8,6% | 15 | 8,6% | 22 | 12,6% | 15 | 11,8% | 101 | 9,7% |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|------|--------|
| F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| Antecedentes de F63.0 Ludopatía | 1 | 0,5% | 2 | 1,2% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,3% |
| F63.0 Ludopatía | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,8% | 3 | 0,3% |
| F63.8 Trastorno explosivo intermitente | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 3 | 1,6% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 7 | 0,7% |
| F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 5 | 2,9% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 15 | 1,4% |
| Personalidad con rasgos obsesivos / compulsivos | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,4% |
| Personalidad con rasgos paranoides | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Personalidad con rasgos evitativos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

Tabla 140. Otros procesos CIE-10 TM

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 187 | 91,7% | 158 | 92,4% | 162 | 86,6% | 162 | 92,6% | 155 | 88,6% | 95 | 74,8% | 919 | 88,5% |
| Z56.7 Problema laboral | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares | 8 | 3,9% | 5 | 2,9% | 8 | 4,3% | 8 | 4,6% | 12 | 6,9% | 2 | 1,6% | 43 | 4,1% |
| Z03.2 No se aprecia psicopatología activa / Asintomático | 3 | 1,5% | 3 | 1,8% | 5 | 2,7% | 4 | 2,3% | 3 | 1,7% | 4 | 3,1% | 22 | 2,1% |
| Z91.5 Intento/s de suicidio | 2 | 1,0% | 3 | 1,8% | 12 | 6,4% | 1 | 0,6% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 24 | 2,3% |
| G31.2 Encefalopatía alcohólica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Z65.3 Problemas legales | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 24 | 18,9% | 25 | 2,4% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.2 Dictamen TM. Diagnósticos físicos CIE-10

Tabla 141. Diagnóstico Físico CIE-10 del Tribunal Médico

| | | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | | 202 | 99,0% | 170 | 99,4% | 186 | 99,5% | 171 | 97,7% | 173 | 98,9% | 124 | 97,6% | 1026 | 98,7% |
| | Si | | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,5% | 4 | 2,3% | 2 | 1,1% | 3 | 2,4% | 13 | 1,3% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | | 199 | 97,5% | 169 | 98,8% | 181 | 96,8% | 172 | 98,3% | 169 | 96,6% | 123 | 96,9% | 1013 | 97,5% |
| | Si | | 5 | 2,5% | 2 | 1,2% | 6 | 3,2% | 3 | 1,7% | 6 | 3,4% | 4 | 3,1% | 26 | 2,5% |
| D50-D89 Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos. | No | | 203 | 99,5% | 168 | 98,2% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1034 | 99,5% |
| | Si | | 1 | 0,5% | 3 | 1,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | | 194 | 95,1% | 159 | 93,0% | 177 | 94,7% | 163 | 93,1% | 167 | 95,4% | 120 | 94,5% | 980 | 94,3% |
| | Si | | 10 | 4,9% | 12 | 7,0% | 10 | 5,3% | 12 | 6,9% | 8 | 4,6% | 7 | 5,5% | 59 | 5,7% |
| G00-G99 Enf. del sistema nervioso | No | | 189 | 92,6% | 158 | 92,4% | 177 | 94,7% | 161 | 92,0% | 171 | 97,7% | 117 | 92,1% | 973 | 93,6% |
| | Si | | 15 | 7,4% | 13 | 7,6% | 10 | 5,3% | 14 | 8,0% | 4 | 2,3% | 10 | 7,9% | 66 | 6,4% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | | 200 | 98,0% | 170 | 99,4% | 185 | 98,9% | 172 | 98,3% | 174 | 99,4% | 127 | 100,0% | 1028 | 98,9% |
| | Si | | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 11 | 1,1% |
| H60-H95 Enf. del oído | No | | 196 | 96,1% | 162 | 94,7% | 174 | 93,0% | 163 | 93,1% | 167 | 95,4% | 124 | 97,6% | 986 | 94,9% |
| | Si | | 8 | 3,9% | 9 | 5,3% | 13 | 7,0% | 12 | 6,9% | 8 | 4,6% | 3 | 2,4% | 53 | 5,1% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | | 183 | 89,7% | 143 | 83,6% | 163 | 87,2% | 151 | 86,3% | 158 | 90,3% | 117 | 92,1% | 915 | 88,1% |
| | Si | | 21 | 10,3% | 28 | 16,4% | 24 | 12,8% | 24 | 13,7% | 17 | 9,7% | 10 | 7,9% | 124 | 11,9% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | | 198 | 97,1% | 166 | 97,1% | 181 | 96,8% | 171 | 97,7% | 171 | 97,7% | 127 | 100,0% | 1014 | 97,6% |
| | Si | | 6 | 2,9% | 5 | 2,9% | 6 | 3,2% | 4 | 2,3% | 4 | 2,3% | 0 | 0,0% | 25 | 2,4% |
| K00-K93 Enf. Sistema digestivo | No | | 194 | 95,1% | 162 | 94,7% | 180 | 96,3% | 164 | 93,7% | 168 | 96,0% | 125 | 98,4% | 993 | 95,6% |
| | Si | | 10 | 4,9% | 9 | 5,3% | 7 | 3,7% | 11 | 6,3% | 7 | 4,0% | 2 | 1,6% | 46 | 4,4% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | | 204 | 100,0% | 168 | 98,2% | 184 | 98,4% | 172 | 98,3% | 174 | 99,4% | 126 | 99,2% | 1028 | 98,9% |
| | Si | | 0 | 0,0% | 3 | 1,8% | 3 | 1,6% | 3 | 1,7% | 1 | 0,6% | 1 | 0,8% | 11 | 1,1% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. | No | | 171 | 83,8% | 122 | 71,3% | 132 | 70,6% | 131 | 74,9% | 141 | 80,6% | 106 | 83,5% | 803 | 77,3% |
| | Si | | 33 | 16,2% | 49 | 28,7% | 55 | 29,4% | 44 | 25,1% | 34 | 19,4% | 21 | 16,5% | 236 | 22,7% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | | 200 | 98,0% | 170 | 99,4% | 185 | 98,9% | 173 | 98,9% | 173 | 98,9% | 125 | 98,4% | 1026 | 98,7% |
| | Si | | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 2 | 1,1% | 2 | 1,6% | 13 | 1,3% |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales | No | | 201 | 98,5% | 165 | 96,5% | 181 | 96,8% | 167 | 95,4% | 173 | 98,9% | 126 | 99,2% | 1013 | 97,5% |
| | Si | | 3 | 1,5% | 6 | 3,5% | 6 | 3,2% | 8 | 4,6% | 2 | 1,1% | 1 | 0,8% | 26 | 2,5% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamiento y otros | No | | 181 | 88,7% | 146 | 85,4% | 152 | 81,3% | 159 | 90,9% | 160 | 91,4% | 120 | 94,5% | 918 | 88,4% |
| | Si | | 23 | 11,3% | 25 | 14,6% | 35 | 18,7% | 16 | 9,1% | 15 | 8,6% | 7 | 5,5% | 121 | 11,6% |
| Total del grupo de estudio | | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.3 Dictamen TM. Tratamiento

Tabla 142. Tratamiento. Tribunal Médico

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Psicofarmacológico | No | 40 | 19,6% | 41 | 24,0% | 45 | 24,1% | 35 | 20,0% | 26 | 14,9% | 18 | 14,2% | 205 | 19,7% |
| | Si | 164 | 80,4% | 130 | 76,0% | 142 | 75,9% | 140 | 80,0% | 149 | 85,1% | 109 | 85,8% | 834 | 80,3% |
| Farmacológico | No | 166 | 81,4% | 133 | 77,8% | 151 | 80,7% | 143 | 81,7% | 155 | 88,6% | 112 | 88,2% | 860 | 82,8% |
| | Si | 38 | 18,6% | 38 | 22,2% | 36 | 19,3% | 32 | 18,3% | 20 | 11,4% | 15 | 11,8% | 179 | 17,2% |
| Rehabilitación | No | 184 | 90,2% | 153 | 89,5% | 163 | 87,2% | 159 | 90,9% | 164 | 93,7% | 114 | 89,8% | 937 | 90,2% |
| | Si | 20 | 9,8% | 18 | 10,5% | 24 | 12,8% | 16 | 9,1% | 11 | 6,3% | 13 | 10,2% | 102 | 9,8% |
| Quirúrgico | No | 184 | 90,2% | 145 | 84,8% | 147 | 78,6% | 150 | 85,7% | 154 | 88,0% | 114 | 89,8% | 894 | 86,0% |
| | Si | 20 | 9,8% | 26 | 15,2% | 40 | 21,4% | 25 | 14,3% | 21 | 12,0% | 13 | 10,2% | 145 | 14,0% |
| Psicoterapia | No | 156 | 76,5% | 127 | 74,3% | 156 | 83,4% | 147 | 84,0% | 142 | 81,1% | 88 | 69,3% | 816 | 78,5% |
| | Si | 48 | 23,5% | 44 | 25,7% | 31 | 16,6% | 28 | 16,0% | 33 | 18,9% | 39 | 30,7% | 223 | 21,5% |
| Hospitalario | No | 186 | 91,2% | 161 | 94,2% | 167 | 89,3% | 162 | 92,6% | 162 | 92,6% | 120 | 94,5% | 958 | 92,2% |
| | Si | 18 | 8,8% | 10 | 5,8% | 20 | 10,7% | 13 | 7,4% | 13 | 7,4% | 7 | 5,5% | 81 | 7,8% |
| Otros tratamientos | No | 203 | 99,5% | 166 | 97,1% | 183 | 97,9% | 172 | 98,3% | 173 | 98,9% | 124 | 97,6% | 1021 | 98,3% |
| | Si | 1 | 0,5% | 5 | 2,9% | 4 | 2,1% | 3 | 1,7% | 2 | 1,1% | 3 | 2,4% | 18 | 1,7% |
| Total del grupo de estudio | | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.4 Dictamen TM. Evolución previsible

Tabla 143. Evolución previsible. Tribunal Médico

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Mejoría clínica / Favorable | 4 | 2,0% | 3 | 1,8% | 6 | 3,2% | 5 | 2,9% | 3 | 1,7% | 3 | 2,4% | 24 | 2,3% |
| Patología estabilizada | 35 | 17,2% | 53 | 31,0% | 71 | 38,0% | 79 | 45,1% | 74 | 42,3% | 60 | 47,2% | 372 | 35,8% |
| Incierta, dudosa reversibilidad | 71 | 34,8% | 23 | 13,5% | 21 | 11,2% | 8 | 4,6% | 4 | 2,3% | 4 | 3,1% | 131 | 12,6% |
| No agotadas posibilidades terapéuticas | 6 | 2,9% | 7 | 4,1% | 3 | 1,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 2 | 1,6% | 19 | 1,8% |
| Ligada a circunstancias legales | 7 | 3,4% | 4 | 2,3% | 6 | 3,2% | 4 | 2,3% | 5 | 2,9% | 2 | 1,6% | 28 | 2,7% |
| Cronicidad / desfavorable | 68 | 33,3% | 72 | 42,1% | 68 | 36,4% | 70 | 40,0% | 76 | 43,4% | 49 | 38,6% | 403 | 38,8% |
| Incierta, ligada a hábito tóxico | 4 | 2,0% | 3 | 1,8% | 7 | 3,7% | 5 | 2,9% | 9 | 5,1% | 6 | 4,7% | 34 | 3,3% |
| Evolución con recidivas | 9 | 4,4% | 6 | 3,5% | 5 | 2,7% | 4 | 2,3% | 3 | 1,7% | 1 | 0,8% | 28 | 2,7% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.5 Dictamen TM. Propuesta

Tabla 144. Propuesta del Tribunal Médico

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No procede Segunda actividad | 14 | 6,9% | 7 | 4,1% | 7 | 3,7% | 9 | 5,1% | 4 | 2,3% | 9 | 7,1% | 50 | 4,8% |
| No procede Jubilación por Incapacidad Total | 2 | 1,0% | 4 | 2,3% | 9 | 4,8% | 0 | 0,0% | 6 | 3,4% | 8 | 6,3% | 29 | 2,8% |
| Propuesta de Segunda actividad | 70 | 34,3% | 63 | 36,8% | 62 | 33,2% | 77 | 44,0% | 73 | 41,7% | 42 | 33,1% | 387 | 37,2% |
| Propuesta de Jubilación por Incapacidad Total | 53 | 26,0% | 39 | 22,8% | 37 | 19,8% | 39 | 22,3% | 54 | 30,9% | 38 | 29,9% | 260 | 25,0% |
| Propuesta de Jubilación por Incapacidad Absoluta | 16 | 7,8% | 11 | 6,4% | 19 | 10,2% | 19 | 10,9% | 8 | 4,6% | 19 | 15,0% | 92 | 8,9% |
| No procede Segunda actividad, estimando que la patología que presenta es tributaria de Jubilación por Incapacidad Total | 43 | 21,1% | 44 | 25,7% | 47 | 25,1% | 30 | 17,1% | 28 | 16,0% | 9 | 7,1% | 201 | 19,3% |
| No procede Jubilación por Incapacidad Total, Propuesta de Segunda actividad | 2 | 1,0% | 2 | 1,2% | 4 | 2,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,6% | 10 | 1,0% |
| No procede permanecer en Segunda actividad, estimando que la patología que presenta es tributaria de Jubilación por Incapacidad Total | 2 | 1,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| No procede el pase a Segunda actividad. La patología que presenta es tributaria de Jubilación por Incapacidad Absoluta | 2 | 1,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.6 Alegaciones al dictamen del Tribunal Médico.

Tabla 145. Alegaciones al dictamen del Tribunal Médico

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 175 | 85,8% | 146 | 85,4% | 152 | 81,3% | 161 | 92,0% | 155 | 88,6% | 108 | 85,0% | 897 | 86,3% |
| Si | 29 | 14,2% | 25 | 14,6% | 35 | 18,7% | 14 | 8,0% | 20 | 11,4% | 19 | 15,0% | 142 | 13,7% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.7 T.S.J. Contencioso Administrativo.

Tabla 146. TSJ Recurso CA

| Año del T.M. | TSJ Recurso C.A. | | | | | |
|--------------|------------------|--------|--------------------------|--------|-------|--------|
| | No | | Jubilación por Sentencia | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 199 | 19,4% | 5 | 41,7% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 166 | 16,2% | 5 | 41,7% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 186 | 18,1% | 1 | 8,3% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 175 | 17,0% | 0 | 0,0% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 174 | 16,9% | 1 | 8,3% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 127 | 12,4% | 0 | 0,0% | 127 | 12,2% |
| Total | 1027 | 100,0% | 12 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.28.8 Dictamen TM. Propuesta de Incapacidad Laboral

Tabla 147. Propuesta de Incapacidad Laboral. Tribunal Médico

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Segunda Actividad | 68 | 33,3% | 61 | 35,7% | 66 | 35,3% | 77 | 44,0% | 72 | 41,1% | 45 | 35,4% | 389 | 37,4% |
| Jubilación Total | 98 | 48,0% | 84 | 49,1% | 84 | 44,9% | 70 | 40,0% | 84 | 48,0% | 46 | 36,2% | 466 | 44,9% |
| Jubilación Absoluta | 18 | 8,8% | 11 | 6,4% | 21 | 11,2% | 19 | 10,9% | 8 | 4,6% | 19 | 15,0% | 96 | 9,2% |
| Jubilación por Sentencia | 5 | 2,5% | 5 | 2,9% | 1 | 0,5% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 12 | 1,2% |
| No procede Jubilación | 1 | 0,5% | 3 | 1,8% | 8 | 4,3% | 0 | 0,0% | 6 | 3,4% | 8 | 6,3% | 26 | 2,5% |
| No procede Segunda actividad | 14 | 6,9% | 7 | 4,1% | 7 | 3,7% | 9 | 5,1% | 4 | 2,3% | 9 | 7,1% | 50 | 4,8% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.29 Incapacidad

Tabla 148. Incapacidad

| Año del TM | Incapacidad | | | | | | | |
|------------|-------------|--------|-------------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
| | Psíquica | | Psíquica y Física | | No incapacitado | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 110 | 21,4% | 79 | 17,6% | 15 | 19,7% | 204 | 19,6% |
| 2005 | 75 | 14,6% | 86 | 19,2% | 10 | 13,2% | 171 | 16,5% |
| 2006 | 76 | 14,8% | 96 | 21,4% | 15 | 19,7% | 187 | 18,0% |
| 2007 | 81 | 15,8% | 85 | 18,9% | 9 | 11,8% | 175 | 16,8% |
| 2008 | 104 | 20,2% | 61 | 13,6% | 10 | 13,2% | 175 | 16,8% |
| 2009 | 68 | 13,2% | 42 | 9,4% | 17 | 22,4% | 127 | 12,2% |
| Total | 514 | 100,0% | 449 | 100,0% | 76 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.30 Dictamen TM. Propuesta de Jubilación por IP

Tabla 149. Propuesta de Jubilación por Incapacidad Permanente. Tribunal Médico

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Jubilación Total | 98 | 81,0% | 84 | 84,0% | 84 | 79,2% | 70 | 78,7% | 84 | 90,3% | 46 | 70,8% | 466 | 81,2% |
| Jubilación Absoluta | 18 | 14,9% | 11 | 11,0% | 21 | 19,8% | 19 | 21,3% | 8 | 8,6% | 19 | 29,2% | 96 | 16,7% |
| Jubilación por Sentencia | 5 | 4,1% | 5 | 5,0% | 1 | 0,9% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 12 | 2,1% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

15.2.31 Causa de Jubilación por Incapacidad Permanente

Tabla 150. Incapacidad

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Psíquica | 68 | 56,2% | 49 | 49,0% | 47 | 44,3% | 47 | 52,8% | 54 | 58,1% | 36 | 55,4% | 301 | 52,4% |
| Psíquica y Física | 53 | 43,8% | 51 | 51,0% | 59 | 55,7% | 42 | 47,2% | 39 | 41,9% | 29 | 44,6% | 273 | 47,6% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

15.2.32 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Segunda actividad

15.2.32.1 Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10

Tabla 151. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

| Año del T.M. | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----|--------|---------------------------------------|--------|--|--------|---|--------|-------|------|-------|--------|
| | No | | F 06.7 Trastorno cognoscitivo leve | | F06.32 Trastorno depresivo orgánico | | F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico | | Otros | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 2004 | 67 | 17,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 68 | 17,5% |
| 2005 | 59 | 15,4% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 61 | 15,7% |
| 2006 | 65 | 16,9% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 66 | 17,0% |
| 2007 | 76 | 19,8% | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 77 | 19,8% |
| 2008 | 72 | 18,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 72 | 18,5% |
| 2009 | 45 | 11,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 45 | 11,6% |
| Total | 384 | 100,0% | 1 | 100,0% | 2 | 100,0% | 2 | 100,0% | 0 | 0,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 152. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 65 | 95,6% | 60 | 98,4% | 60 | 90,9% | 74 | 96,1% | 67 | 93,1% | 44 | 97,8% | 370 | 95,1% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol referido actualmente en abstinencia | 3 | 4,4% | 1 | 1,6% | 4 | 6,1% | 1 | 1,3% | 2 | 2,8% | 0 | 0,0% | 11 | 2,8% |
| F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 2 | 0,5% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 2 | 2,6% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 4 | 1,0% |
| F19.1 Consumo perjudicial de alcohol y Tóxicos actualmente referido en abstinencia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicotropas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 2,2% | 1 | 0,3% |
| F10.20 Síndrome de dependencia de alcohol actualmente en abstinencia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F10 F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Otros | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Total | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 153. F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 65 | 98,5% | 76 | 98,7% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 387 | 99,5% |
| F20 Esquizofrenia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F21 Trastorno esquizotípico | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F25 Trastorno esquizoafectivo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Antecedente de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F29 Psicosis sin especificación | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Total | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 154. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 38 | 55,9% | 41 | 67,2% | 47 | 71,2% | 58 | 75,3% | 59 | 81,9% | 42 | 93,3% | 285 | 73,3% |
| F30 Hipomanía | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F31 Trastorno bipolar | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F32 Episodios depresivos | 14 | 20,6% | 7 | 11,5% | 5 | 7,6% | 12 | 15,6% | 5 | 6,9% | 3 | 6,7% | 46 | 11,8% |
| F33 Trastorno depresivo recurrente | 5 | 7,4% | 1 | 1,6% | 6 | 9,1% | 1 | 1,3% | 2 | 2,8% | 0 | 0,0% | 15 | 3,9% |
| F34 Trastorno del humor persistente | 11 | 16,2% | 12 | 19,7% | 7 | 10,6% | 6 | 7,8% | 6 | 8,3% | 0 | 0,0% | 42 | 10,8% |
| F38 Otros trastornos del humor | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Total | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 155. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 30 | 44,1% | 24 | 39,3% | 20 | 30,3% | 18 | 23,4% | 14 | 19,4% | 5 | 11,1% | 111 | 28,5% |
| F40 Trastornos de ansiedad fóbica | 0 | 0,0% | 2 | 3,3% | 0 | 0,0% | 1 | 1,3% | 1 | 1,4% | 1 | 2,2% | 5 | 1,3% |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 17 | 25,0% | 18 | 29,5% | 18 | 27,3% | 24 | 31,2% | 31 | 43,1% | 11 | 24,4% | 119 | 30,6% |
| F42 Trastorno obsesivo compulsivo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación | 20 | 29,4% | 16 | 26,2% | 27 | 40,9% | 34 | 44,2% | 26 | 36,1% | 28 | 62,2% | 151 | 38,8% |
| F44 Trastorno dissociativo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F45 Trastornos somatomorfos | 1 | 1,5% | 1 | 1,6% | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,8% |
| Total | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 156. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 68 | 100,0% | 60 | 98,4% | 66 | 100,0% | 75 | 97,4% | 71 | 98,6% | 45 | 100,0% | 385 | 99,0% |
| F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación | 0 | 0,0% | 1 | 1,6% | 0 | 0,0% | 2 | 2,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,8% |
| Total | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 157. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 50 | 73,5% | 47 | 77,0% | 51 | 77,3% | 54 | 70,1% | 47 | 65,3% | 27 | 60,0% | 276 | 71,0% |
| F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad | 1 | 1,5% | 1 | 1,6% | 0 | 0,0% | 1 | 1,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,8% |
| F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F60.2 Trastorno disocial de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad | 0 | 0,0% | 1 | 1,6% | 2 | 3,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 4 | 1,0% |
| F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad | 1 | 1,5% | 4 | 6,6% | 3 | 4,5% | 2 | 2,6% | 2 | 2,8% | 2 | 4,4% | 14 | 3,6% |
| F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación | 5 | 7,4% | 3 | 4,9% | 4 | 6,1% | 10 | 13,0% | 11 | 15,3% | 9 | 20,0% | 42 | 10,8% |
| F61.0 Trastorno mixto de la personalidad | 8 | 11,8% | 4 | 6,6% | 5 | 7,6% | 6 | 7,8% | 9 | 12,5% | 7 | 15,6% | 39 | 10,0% |
| F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Antecedentes de F63.0 Ludopatía | 0 | 0,0% | 1 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F63.0 Ludopatía | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F63.8 Trastorno explosivo intermitente | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,6% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 3 | 0,8% |
| Personalidad con rasgos obsesivos / compulsivos | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,8% |
| Personalidad con rasgos paranoides | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| Personalidad con rasgos evitativos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,3% |
| Total | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

Tabla 158. Otros procesos CIE-10 TM

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 187 | 91,7% | 158 | 92,4% | 162 | 86,6% | 162 | 92,6% | 155 | 88,6% | 95 | 74,8% | 919 | 88,5% |
| Z56.7 Problema laboral | 4 | 2,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 0,5% |
| Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares | 8 | 3,9% | 5 | 2,9% | 8 | 4,3% | 8 | 4,6% | 12 | 6,9% | 2 | 1,6% | 43 | 4,1% |
| Z03.2 No se aprecia psicopatología activa / Asintomático | 3 | 1,5% | 3 | 1,8% | 5 | 2,7% | 4 | 2,3% | 3 | 1,7% | 4 | 3,1% | 22 | 2,1% |
| Z91.5 Intento/s de suicidio | 2 | 1,0% | 3 | 1,8% | 12 | 6,4% | 1 | 0,6% | 4 | 2,3% | 2 | 1,6% | 24 | 2,3% |
| G31.2 Encefalopatía alcohólica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1 | 0,1% |
| Z65.3 Problemas legales | 0 | 0,0% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 24 | 18,9% | 25 | 2,4% |
| Total | 204 | 100,0% | 171 | 100,0% | 187 | 100,0% | 175 | 100,0% | 175 | 100,0% | 127 | 100,0% | 1039 | 100,0% |

15.2.32.2 Segunda actividad. Dictamen TM. Diagnósticos físicos CIE-10

Tabla 159. Diagnóstico Físico CIE-10 del Tribunal Médico

| | | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | | 67 | 98,5% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 44 | 97,8% | 387 | 99,5% |
| | Si | | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 2,2% | 2 | 0,5% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | | 67 | 98,5% | 60 | 98,4% | 63 | 95,5% | 77 | 100,0% | 69 | 95,8% | 45 | 100,0% | 381 | 97,9% |
| | Si | | 1 | 1,5% | 1 | 1,6% | 3 | 4,5% | 0 | 0,0% | 3 | 4,2% | 0 | 0,0% | 8 | 2,1% |
| D50-D89 Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos. | No | | 67 | 98,5% | 60 | 98,4% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 387 | 99,5% |
| | Si | | 1 | 1,5% | 1 | 1,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,5% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | | 65 | 95,6% | 55 | 90,2% | 62 | 93,9% | 72 | 93,5% | 72 | 100,0% | 44 | 97,8% | 370 | 95,1% |
| | Si | | 3 | 4,4% | 6 | 9,8% | 4 | 6,1% | 5 | 6,5% | 0 | 0,0% | 1 | 2,2% | 19 | 4,9% |
| G00-G99 Enf. del sistema nervioso | No | | 66 | 97,1% | 56 | 91,8% | 62 | 93,9% | 72 | 93,5% | 71 | 98,6% | 42 | 93,3% | 369 | 94,9% |
| | Si | | 2 | 2,9% | 5 | 8,2% | 4 | 6,1% | 5 | 6,5% | 1 | 1,4% | 3 | 6,7% | 20 | 5,1% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | | 68 | 100,0% | 60 | 98,4% | 65 | 98,5% | 75 | 97,4% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 385 | 99,0% |
| | Si | | 0 | 0,0% | 1 | 1,6% | 1 | 1,5% | 2 | 2,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 1,0% |
| H60-H95 Enf. del oído | No | | 66 | 97,1% | 58 | 95,1% | 60 | 90,9% | 73 | 94,8% | 69 | 95,8% | 43 | 95,6% | 369 | 94,9% |
| | Si | | 2 | 2,9% | 3 | 4,9% | 6 | 9,1% | 4 | 5,2% | 3 | 4,2% | 2 | 4,4% | 20 | 5,1% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | | 64 | 94,1% | 48 | 78,7% | 58 | 87,9% | 68 | 88,3% | 66 | 91,7% | 42 | 93,3% | 346 | 88,9% |
| | Si | | 4 | 5,9% | 13 | 21,3% | 8 | 12,1% | 9 | 11,7% | 6 | 8,3% | 3 | 6,7% | 43 | 11,1% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | | 67 | 98,5% | 60 | 98,4% | 63 | 95,5% | 74 | 96,1% | 71 | 98,6% | 45 | 100,0% | 380 | 97,7% |
| | Si | | 1 | 1,5% | 1 | 1,6% | 3 | 4,5% | 3 | 3,9% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 9 | 2,3% |
| K00-K93 Enf. Sistema digestivo | No | | 65 | 95,6% | 58 | 95,1% | 65 | 98,5% | 71 | 92,2% | 70 | 97,2% | 45 | 100,0% | 374 | 96,1% |
| | Si | | 3 | 4,4% | 3 | 4,9% | 1 | 1,5% | 6 | 7,8% | 2 | 2,8% | 0 | 0,0% | 15 | 3,9% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 64 | 97,0% | 75 | 97,4% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 385 | 99,0% |
| | Si | | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 3,0% | 2 | 2,6% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 1,0% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. | No | | 56 | 82,4% | 39 | 63,9% | 46 | 69,7% | 51 | 66,2% | 62 | 86,1% | 37 | 82,2% | 291 | 74,8% |
| | Si | | 12 | 17,6% | 22 | 36,1% | 20 | 30,3% | 26 | 33,8% | 10 | 13,9% | 8 | 17,8% | 98 | 25,2% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | | 67 | 98,5% | 60 | 98,4% | 65 | 98,5% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 386 | 99,2% |
| | Si | | 1 | 1,5% | 1 | 1,6% | 1 | 1,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,8% |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales | No | | 67 | 98,5% | 59 | 96,7% | 63 | 95,5% | 72 | 93,5% | 71 | 98,6% | 45 | 100,0% | 377 | 96,9% |
| | Si | | 1 | 1,5% | 2 | 3,3% | 3 | 4,5% | 5 | 6,5% | 1 | 1,4% | 0 | 0,0% | 12 | 3,1% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamiento y otros | No | | 63 | 92,6% | 53 | 86,9% | 54 | 81,8% | 68 | 88,3% | 68 | 94,4% | 42 | 93,3% | 348 | 89,5% |
| | Si | | 5 | 7,4% | 8 | 13,1% | 12 | 18,2% | 9 | 11,7% | 4 | 5,6% | 3 | 6,7% | 41 | 10,5% |
| Total del grupo de estudio | | | 68 | 100,0% | 61 | 100,0% | 66 | 100,0% | 77 | 100,0% | 72 | 100,0% | 45 | 100,0% | 389 | 100,0% |

15.2.33 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Jubilación por IP

15.2.33.1 Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10

Tabla 160. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

| | No | | F 06.7 Trastorno cognoscitivo leve | | F06.32 Trastorno depresivo orgánico | | F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico | | Otros | | Total | |
|--------------|-----|--------|------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|--|--------|-------|--------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Año del 2004 | 115 | 20,8% | 0 | 0,0% | 5 | 62,5% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% | 121 | 21,1% |
| TM. 2005 | 95 | 17,2% | 1 | 14,3% | 1 | 12,5% | 2 | 50,0% | 1 | 33,3% | 100 | 17,4% |
| 2006 | 102 | 18,5% | 3 | 42,9% | 1 | 12,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 106 | 18,5% |
| 2007 | 88 | 15,9% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% | 0 | 0,0% | 89 | 15,5% |
| 2008 | 93 | 16,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 93 | 16,2% |
| 2009 | 59 | 10,7% | 3 | 42,9% | 1 | 12,5% | 1 | 25,0% | 1 | 33,3% | 65 | 11,3% |
| Total | 552 | 100,0% | 7 | 100,0% | 8 | 100,0% | 4 | 100,0% | 3 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 161. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 96 | 79,3% | 84 | 84,0% | 83 | 78,3% | 68 | 76,4% | 72 | 77,4% | 41 | 63,1% | 444 | 77,4% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol referido actualmente en abstinencia | 4 | 3,3% | 3 | 3,0% | 3 | 2,8% | 2 | 2,2% | 3 | 3,2% | 5 | 7,7% | 20 | 3,5% |
| F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol | 9 | 7,4% | 2 | 2,0% | 5 | 4,7% | 5 | 5,6% | 8 | 8,6% | 6 | 9,2% | 35 | 6,1% |
| F10.1 Consumo perjudicial de alcohol | 10 | 8,3% | 10 | 10,0% | 11 | 10,4% | 7 | 7,9% | 6 | 6,5% | 4 | 6,2% | 48 | 8,4% |
| F19.1 Consumo perjudicial de alcohol y Tóxicos actualmente referido en abstinencia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,9% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% |
| F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicotropas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 3 | 4,6% | 5 | 0,9% |
| F10.20 Síndrome de dependencia de alcohol actualmente en abstinencia | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 3 | 2,8% | 3 | 3,4% | 1 | 1,1% | 2 | 3,1% | 10 | 1,7% |
| F10 F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 1 | 1,5% | 2 | 0,3% |
| F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica | 2 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 5 | 0,9% |
| Otros | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 4,6% | 3 | 0,5% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 162- F20-F29. Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Trastornos de ideas delirantes

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 111 | 91,7% | 94 | 94,0% | 97 | 91,5% | 76 | 85,4% | 84 | 90,3% | 59 | 90,8% | 521 | 90,8% |
| F20 Esquizofrenia | 2 | 1,7% | 2 | 2,0% | 1 | 0,9% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 2 | 3,1% | 10 | 1,7% |
| F21 Trastorno esquizotípico | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% |
| F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes | 2 | 1,7% | 4 | 4,0% | 4 | 3,8% | 4 | 4,5% | 6 | 6,5% | 4 | 6,2% | 24 | 4,2% |
| F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio | 2 | 1,7% | 0 | 0,0% | 1 | 0,9% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 1,0% |
| F25 Trastorno esquizoafectivo | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 1 | 0,9% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,5% |
| Antecedente de F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos | 2 | 1,7% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% |
| F29 Psicosis sin especificación | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,9% | 1 | 1,1% | 3 | 3,2% | 0 | 0,0% | 6 | 1,0% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 163. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 62 | 51,2% | 52 | 52,0% | 58 | 54,7% | 51 | 57,3% | 55 | 59,1% | 32 | 49,2% | 310 | 54,0% |
| F30 Hipomanía | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| F31 Trastorno bipolar | 7 | 5,8% | 3 | 3,0% | 3 | 2,8% | 4 | 4,5% | 4 | 4,3% | 1 | 1,5% | 22 | 3,8% |
| F32 Episodios depresivos | 22 | 18,2% | 24 | 24,0% | 20 | 18,9% | 24 | 27,0% | 23 | 24,7% | 19 | 29,2% | 132 | 23,0% |
| F33 Trastorno depresivo recurrente | 20 | 16,5% | 10 | 10,0% | 21 | 19,8% | 4 | 4,5% | 6 | 6,5% | 7 | 10,8% | 68 | 11,8% |
| F34 Trastorno del humor persistente | 10 | 8,3% | 11 | 11,0% | 4 | 3,8% | 6 | 6,7% | 5 | 5,4% | 6 | 9,2% | 42 | 7,3% |
| F38 Otros trastornos del humor | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 164. F40-F48 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 70 | 57,9% | 51 | 51,0% | 58 | 54,7% | 48 | 53,9% | 52 | 55,9% | 42 | 64,6% | 321 | 55,9% |
| F40 Trastornos de ansiedad fóbica | 2 | 1,7% | 2 | 2,0% | 5 | 4,7% | 3 | 3,4% | 3 | 3,2% | 1 | 1,5% | 16 | 2,8% |
| F41 Otros trastornos de ansiedad | 24 | 19,8% | 20 | 20,0% | 18 | 17,0% | 20 | 22,5% | 15 | 16,1% | 11 | 16,9% | 108 | 18,8% |
| F42 Trastorno obsesivo compulsivo | 6 | 5,0% | 4 | 4,0% | 1 | 0,9% | 4 | 4,5% | 2 | 2,2% | 1 | 1,5% | 18 | 3,1% |
| F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación | 18 | 14,9% | 21 | 21,0% | 22 | 20,8% | 11 | 12,4% | 21 | 22,6% | 8 | 12,3% | 101 | 17,6% |
| F44 Trastorno disociativo | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,2% |
| F45 Trastornos somatomorfos | 1 | 0,8% | 1 | 1,0% | 2 | 1,9% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 2 | 3,1% | 9 | 1,6% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 165. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 121 | 100,0% | 98 | 98,0% | 105 | 99,1% | 88 | 98,9% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 570 | 99,3% |
| F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 1 | 0,9% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% |
| F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 166. F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 80 | 66,1% | 73 | 73,0% | 74 | 69,8% | 54 | 60,7% | 52 | 55,9% | 41 | 63,1% | 374 | 65,2% |
| F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad | 3 | 2,5% | 1 | 1,0% | 1 | 0,9% | 2 | 2,2% | 1 | 1,1% | 2 | 3,1% | 10 | 1,7% |
| F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad | 4 | 3,3% | 0 | 0,0% | 2 | 1,9% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 8 | 1,4% |
| F60.2 Trastorno disocial de la personalidad | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,2% |
| F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad | 2 | 1,7% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 2 | 3,1% | 7 | 1,2% |
| F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo | 1 | 0,8% | 2 | 2,0% | 1 | 0,9% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% | 6 | 1,0% |
| F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite | 3 | 2,5% | 1 | 1,0% | 1 | 0,9% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 1 | 1,5% | 8 | 1,4% |
| F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad | 1 | 0,8% | 4 | 4,0% | 0 | 0,0% | 3 | 3,4% | 3 | 3,2% | 1 | 1,5% | 12 | 2,1% |
| F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad | 1 | 0,8% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 3 | 3,4% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 6 | 1,0% |
| F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 1 | 0,2% |
| F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,2% |
| F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación | 9 | 7,4% | 6 | 6,0% | 8 | 7,5% | 10 | 11,2% | 13 | 14,0% | 6 | 9,2% | 52 | 9,1% |
| F61.0 Trastorno mixto de la personalidad | 13 | 10,7% | 8 | 8,0% | 11 | 10,4% | 9 | 10,1% | 13 | 14,0% | 7 | 10,8% | 61 | 10,6% |
| F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 1,9% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 3 | 0,5% |
| Antecedentes de F63.0 Ludopatía | 1 | 0,8% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 0,3% |
| F63.0 Ludopatía | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 1,5% | 3 | 0,5% |
| F63.8 Trastorno explosivo intermitente | 1 | 0,8% | 0 | 0,0% | 3 | 2,8% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 1,0% |
| F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación | 2 | 1,7% | 0 | 0,0% | 2 | 1,9% | 3 | 3,4% | 3 | 3,2% | 2 | 3,1% | 12 | 2,1% |
| Personalidad con rasgos obsesivos / compulsivos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,9% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 0,2% |
| Personalidad con rasgos paranoides | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Personalidad con rasgos evitativos | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

Tabla 167. Otros procesos CIE-10 TM

| | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| No | 112 | 92,6% | 93 | 93,0% | 92 | 86,8% | 84 | 94,4% | 83 | 89,2% | 48 | 73,8% | 512 | 89,2% |
| Z56.7 Problema laboral | 3 | 2,5% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 4 | 0,7% |
| Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares | 4 | 3,3% | 2 | 2,0% | 4 | 3,8% | 4 | 4,5% | 5 | 5,4% | 2 | 3,1% | 21 | 3,7% |
| Z03.2 No se aprecia psicopatología activa / Asintomático | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Z91.5 Intento/s de suicidio | 2 | 1,7% | 3 | 3,0% | 10 | 9,4% | 1 | 1,1% | 4 | 4,3% | 2 | 3,1% | 22 | 3,8% |
| G31.2 Encefalopatía alcohólica | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 1 | 0,2% |
| Z65.3 Problemas legales | 0 | 0,0% | 1 | 1,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 13 | 20,0% | 14 | 2,4% |
| Total | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

15.2.33.2 Jubilación. Dictamen TM. Diagnósticos físicos CIE-10

Tabla 168. Diagnóstico Físico CIE-10 del Tribunal Médico

| | | Año del Tribunal Médico | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A00-B99 Enf. Infecciosas | No | 120 | 99,2% | 99 | 99,0% | 105 | 99,1% | 85 | 95,5% | 91 | 97,8% | 63 | 96,9% | 563 | 98,1% |
| | Si | 1 | 0,8% | 1 | 1,0% | 1 | 0,9% | 4 | 4,5% | 2 | 2,2% | 2 | 3,1% | 11 | 1,9% |
| C00-D48 Tumores (Neoplasias) | No | 117 | 96,7% | 99 | 99,0% | 103 | 97,2% | 86 | 96,6% | 90 | 96,8% | 61 | 93,8% | 556 | 96,9% |
| | Si | 4 | 3,3% | 1 | 1,0% | 3 | 2,8% | 3 | 3,4% | 3 | 3,2% | 4 | 6,2% | 18 | 3,1% |
| D50-D89 Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos. | No | 121 | 100,0% | 98 | 98,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 92 | 98,9% | 65 | 100,0% | 571 | 99,5% |
| | Si | 0 | 0,0% | 2 | 2,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 3 | 0,5% |
| E00-E90 Enf. Endocrinas, nutricionales y metabólicas | No | 114 | 94,2% | 96 | 96,0% | 100 | 94,3% | 83 | 93,3% | 86 | 92,5% | 60 | 92,3% | 539 | 93,9% |
| | Si | 7 | 5,8% | 4 | 4,0% | 6 | 5,7% | 6 | 6,7% | 7 | 7,5% | 5 | 7,7% | 35 | 6,1% |
| G00-G99 Enf. del sistema nervioso | No | 108 | 89,3% | 92 | 92,0% | 101 | 95,3% | 80 | 89,9% | 90 | 96,8% | 58 | 89,2% | 529 | 92,2% |
| | Si | 13 | 10,7% | 8 | 8,0% | 5 | 4,7% | 9 | 10,1% | 3 | 3,2% | 7 | 10,8% | 45 | 7,8% |
| H00-H59 Enf. Ojo y sus anexos | No | 117 | 96,7% | 100 | 100,0% | 105 | 99,1% | 88 | 98,9% | 92 | 98,9% | 65 | 100,0% | 567 | 98,8% |
| | Si | 4 | 3,3% | 0 | 0,0% | 1 | 0,9% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 7 | 1,2% |
| H60-H95 Enf. del oído | No | 115 | 95,0% | 94 | 94,0% | 101 | 95,3% | 81 | 91,0% | 88 | 94,6% | 64 | 98,5% | 543 | 94,6% |
| | Si | 6 | 5,0% | 6 | 6,0% | 5 | 4,7% | 8 | 9,0% | 5 | 5,4% | 1 | 1,5% | 31 | 5,4% |
| I00-I99 Enf. Sistema circulatorio | No | 104 | 86,0% | 88 | 88,0% | 92 | 86,8% | 76 | 85,4% | 84 | 90,3% | 59 | 90,8% | 503 | 87,6% |
| | Si | 17 | 14,0% | 12 | 12,0% | 14 | 13,2% | 13 | 14,6% | 9 | 9,7% | 6 | 9,2% | 71 | 12,4% |
| J00-J99 Enf. Sistema respiratorio | No | 116 | 95,9% | 96 | 96,0% | 104 | 98,1% | 88 | 98,9% | 91 | 97,8% | 65 | 100,0% | 560 | 97,6% |
| | Si | 5 | 4,1% | 4 | 4,0% | 2 | 1,9% | 1 | 1,1% | 2 | 2,2% | 0 | 0,0% | 14 | 2,4% |
| K00-K93 Enf. Sistema digestivo | No | 114 | 94,2% | 94 | 94,0% | 100 | 94,3% | 84 | 94,4% | 89 | 95,7% | 63 | 96,9% | 544 | 94,8% |
| | Si | 7 | 5,8% | 6 | 6,0% | 6 | 5,7% | 5 | 5,6% | 4 | 4,3% | 2 | 3,1% | 30 | 5,2% |
| L00-L99 Enf. Piel y tejido subcutáneo | No | 121 | 100,0% | 98 | 98,0% | 105 | 99,1% | 88 | 98,9% | 92 | 98,9% | 64 | 98,5% | 568 | 99,0% |
| | Si | 0 | 0,0% | 2 | 2,0% | 1 | 0,9% | 1 | 1,1% | 1 | 1,1% | 1 | 1,5% | 6 | 1,0% |
| M00-M99 Enf. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. | No | 101 | 83,5% | 75 | 75,0% | 75 | 70,8% | 73 | 82,0% | 73 | 78,5% | 54 | 83,1% | 451 | 78,6% |
| | Si | 20 | 16,5% | 25 | 25,0% | 31 | 29,2% | 16 | 18,0% | 20 | 21,5% | 11 | 16,9% | 123 | 21,4% |
| N00-N99 Enf. Sistema genitourinario | No | 118 | 97,5% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 87 | 97,8% | 91 | 97,8% | 63 | 96,9% | 565 | 98,4% |
| | Si | 3 | 2,5% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 2,2% | 2 | 2,2% | 2 | 3,1% | 9 | 1,6% |
| R00-R99 Síntomas, signos y hallazgos anormales | No | 119 | 98,3% | 96 | 96,0% | 103 | 97,2% | 86 | 96,6% | 92 | 98,9% | 64 | 98,5% | 560 | 97,6% |
| | Si | 2 | 1,7% | 4 | 4,0% | 3 | 2,8% | 3 | 3,4% | 1 | 1,1% | 1 | 1,5% | 14 | 2,4% |
| S00-T98 Traumatismos, envenenamiento y otros | No | 103 | 85,1% | 83 | 83,0% | 84 | 79,2% | 83 | 93,3% | 82 | 88,2% | 61 | 93,8% | 496 | 86,4% |
| | Si | 18 | 14,9% | 17 | 17,0% | 22 | 20,8% | 6 | 6,7% | 11 | 11,8% | 4 | 6,2% | 78 | 13,6% |
| Total del grupo de estudio | | 121 | 100,0% | 100 | 100,0% | 106 | 100,0% | 89 | 100,0% | 93 | 100,0% | 65 | 100,0% | 574 | 100,0% |

15.3 Análisis de los resultados

Han sido sometidas a estudio pormenorizado, únicamente, las variables de interés para este trabajo de entre todas las recogidas en la Base de Datos creada al afecto.

Estas variables se han agrupado en:

- Datos sociodemográficos
- Ámbito geográfico del estudio.
- Actividad laboral.
- Antecedentes familiares y personales
- Baja laboral.
- Informe Clínico: Diagnósticos psiquiátrico y de enfermedades y lesiones, Pruebas diagnósticas, Tratamientos y Propuestas.
- Otros Informes y Tratamientos en el Expediente Clínico-Laboral.
- Tribunal Médico de la DGP: Inicio, Dictamen, Tratamiento, Evolución previsible y Propuesta.
- Diagnósticos que constan en la Propuesta de Segunda actividad emitidos en el Dictamen del TM.
- Diagnósticos que constan en el Dictamen del TM en la Propuesta de Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio.
- Informes de Causalidad.
- Riesgo de Jubilación por Incapacidad Permanente en funcionarios del CNP: comparación con la población general en IP.
- Riesgo en algunos Puestos de trabajo del CNP.

Los resultados obtenidos, se detallan en dos grupos:

- 1) **Grupo N=1055** que corresponde a los funcionarios reconocidos por el Tribunal Médico de la DGP desde el 1-I-2004 hasta el 3-II-2004, como primer periodo de estudio y,
- 2) Una vez llevada a cabo la estratificación por años naturales, 2004 a 2009, para evitar sesgos en los resultados, la población pasó a tener 1039 casos: **Grupo N=1039**

15.3.1 Datos sociodemográficos

Sexo

--Grupo N=1055. El 94,8% (1.000) del grupo son hombres y el 5,2% (55), mujeres. (Tabla 1).

--Grupo N=1039. Los hombres son el 94,71% (984), y las mujeres el 5,29% (55), siendo el año 2007 en el que fueron reconocidas por el Tribunal Médico más mujeres: 13, (23,6%). (Tabla 85).

Edad (en la fecha en que han sido reconocidos por el Tribunal Médico de la DGP).

--Grupo N=1055. Las fechas de nacimiento oscilan entre mayo de 1942, y julio de 1982. El rango de edad es de 23-63 años, La media es de 48,23, y la desviación típica: 7,036. Del total del grupo, el 45,5% tiene 50 o más años, y el 37,8%, entre 41 y 50. (Tabla 2).

--Grupo N=1039. Destaca que en el año 2004, de los 204 funcionarios, 107 (27,0%), tenían de 41 a 50 años, y en los años 2007 y 2008, la mayor incidencia está en los de más de 50 años, 88 (18,8%). (Tabla 86)

Estado civil

--Grupo N=1055. El mayor porcentaje corresponde a casados o con pareja, el 62,1%, seguido de separados o divorciados el 18,0%. No constan datos de 124 funcionarios (11,8%). (Tabla 3).

--Grupo N=1039. El grupo de solteros es mayor en el año 2008, en el 2004 el de casados o en pareja, y en 2006 el de separados/divorciados. (Tabla 87).

Número de hijos

--Grupo N=1055. El rango es de 0 a 10. Destaca el tener 2 hijos con el 36,3%, seguido de 1 hijo con el 16,4% y 3 hijos con el 14,3%. (Tabla 4).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje, con dos y tres hijos corresponde al año 2004. (Tabla 88).

Nivel de estudios alcanzado

--Grupo N=1055. Destaca un elevado porcentaje de casos con únicamente estudios Primarios/EGB, 23,3%, seguidos de Graduado Escolar 18,9%, Bachiller /BUP 12,8%, y COU / Acceso a la Universidad con el 10,1% de los casos. El 3,6% corresponde a Licenciados /Diplomados. Sin datos en el 19,0% de los casos. (Tabla 5).

--Grupo N=1039. Los porcentajes más elevados de funcionarios con Estudios Primarios/EGB, corresponden a los años de 2004 a 2007, Bachiller/BUP en 2008 y 2009, y COU/Acceso a la Universidad en 2007 y 2008. (Tabla 89)

No se han incluido las equivalencias de que constan en la Orden ECI/1995/2007, ni las de la Orden EDU/1325/2011

15.3.2 Ámbito geográfico del estudio

Distribución a nivel nacional

Lugar dónde realizan la actividad laboral, Jefaturas Superiores de Policía y Organismos Centrales

--Grupo N=1055. En la distribución en Jefaturas Superiores de Policía y Organismos Centrales, el mayor porcentaje de funcionarios reconocidos en el Tribunal Médico, se sitúa en la Jefatura Superior de Policía de Andalucía Occidental (14,1%) que comprende las provincias de Sevilla Cádiz, Córdoba y Huelva, seguido de la JSP de la Comunidad Valenciana (10,5%), de la JSP de Cataluña (9,8%), JSP de Andalucía Oriental (9,1%), y la JSP de Canarias (8,0%) Los porcentajes más bajos del grupo se encuentran en las JSP de Cantabria y La Rioja. (Tabla 6).

--Grupo N=1039. Los años 2004 a 2008 tienen las cifras más elevadas en la JSP de Andalucía Occidental, 2004, 2005 y 2007 en la JSP de la Comunidad Valenciana, 2004, 2005 y 2008 en la JSP de Cataluña, y JSP de Canarias en 2004 y 2008. (Tabla 90).

Provincia

--Grupo N=1005. El 13,6% corresponde a Madrid, seguido de Barcelona (6,5%), Málaga (6,1%), Cádiz (5,8%), Valencia (5,8%), Sevilla (5,5%), y Alicante (4,9%). Los menores porcentajes están en Valladolid y La Rioja con dos casos y Zamora y Soria con uno. (Tabla 7).

Hay que hacer constar, que el elevado porcentaje de Madrid, se debe a que están incluidos en esta provincia, la JSP de Madrid y los Organismos Centrales ubicados también en Madrid.

No hay ningún caso en tres provincias: Cuenca, Guadalajara y Segovia.

--Grupo N=1029. Destacan los mayores porcentajes de Madrid en los años 2004 a 2007, Málaga en 2007, Valencia y Sevilla en 2004, Alicante en 2005, y Las Palmas en 2008. El elevado porcentaje de Madrid, se debe a que se han sumado en esta provincia, la JSP de Madrid y los Organismos Centrales. (Tabla 91).

| |
|--------------------------------------|
| 15.3.3 Actividad laboral |
|--------------------------------------|

Fecha de ingreso en el Cuerpo Nacional de Policía

Se fija el año 1986 como punto de corte porque en ese año, es cuando se publicó la Ley 2/1986 de 13 de marzo (LOFCS), por la que se produjo la unificación de Cuerpos: Cuerpo Superior de Policía y Cuerpo de Policía Nacional éste último, de estructura y organización militar.

Las fechas de ingreso al CNP de los casos estudiados se sitúan en un rango desde el 1 de enero de 1965 y el 19 de enero de 2007, con una antigüedad, máxima de 41 años y mínima de 2 años.

--Grupo N=1055. El mayor porcentaje 76,6% (808) habían ingresado antes de 1986. (Tabla 8).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de funcionarios con fecha de ingreso antes de 1986, se sitúa en el año 2004, y de ingreso después de 1986 en el año 2008. (Tabla 92).

Escala Categoría y Plaza (Facultativos y Técnicos)

--Grupo N=1055. El mayor porcentaje corresponde a los funcionarios de la Escala Básica Policía con el 83,4%. E. Básica (Policía y Oficial: 89,0%). En este grupo, no hay ningún funcionario perteneciente a la Escala Superior (Comisario y Comisario Principal). En cuanto a los que ocupan Plazas, (no pertenecen a ninguna escala) son los Facultativos y Técnicos con un total de 8 casos (3 Facultativos y 5 Técnicos), alcanzan el porcentaje del 0,8%. (Tabla 9).

--Grupo N=1039. La Escala Básica Policía es la que superando a todas las demás Escalas alcanza mayores porcentajes de 2004 a 2009. Escala Básica Oficial el mayor porcentaje en 2005. Y en cuanto a los 8 Facultativos y Técnicos, que fueron reconocidos por el Tribunal Médico: 4 lo fueron en 2004, 2 en 2007, uno en 2005 y uno en 2006. (Tabla 93).

Antecedentes de Puesto de trabajo

La denominación de alguno de los Puestos de trabajo que constan en estos antecedentes, ha sufrido variación, por los cambios legislativos, figurando con otro nombre actualmente en el Catálogo de Puestos de Trabajo del CNP.

--Grupo N=1055. Destaca con un 47,9% los Grupos Operativos, seguido de Seguridad Estática, con un 11,8%, Radio-Patrullas, con 8,4%, las Unidades Polivalentes con un 5,1%, Oficinas de Denuncias con el 2,7% y Servicios administrativos 2,1%. Contrasta con el bajo porcentaje en las Unidades Especiales y Especializadas. (Tabla 10).

--Grupo N=1039. Los Grupos Operativos son los que obtienen mayor porcentaje en todos los años estudiados. En Seguridad Estática y Oficina de Denuncias, el mayor porcentaje se sitúa en 2004. En Radio Patrullas y Unidades Polivalentes, el mayor porcentaje está en 2006. (Tabla 94).

Puesto de trabajo, cuando causa Baja

--Grupo N=1055. El Personal Operativo Policía obtiene el mayor porcentaje, 55,7%. En el apartado Otros están incluidos hasta 66 puestos de trabajo como son: Puestos exclusivos en Segunda actividad con destino, Policías de Unidades de Prevención, Especialistas e Investigadores de diversa adscripción y distintas Escalas. (Tabla 11).

--Grupo N=1039. El Personal Operativo Policía alcanza mayores porcentajes en los años 2004, 2006 y 2007, y el menor en 2009, El Investigador de la Escala Básica en 2004 y Jefe de Equipo Operativo en 2009. (Tabla 95).

Destino

--Grupo N=1055. De los 52 destinos que constan en los Expedientes Clínico-Laborales analizados, en los que están incluidos los Organismos Centrales, y otros, destaca la Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana con un porcentaje de 39,0%, y la Brigada Local de Seguridad Ciudadana con el 22,1%, obteniendo entre las Brigadas Provinciales y Locales de Seguridad Ciudadana el 61,1%. Las Unidades adscritas a las Comunidades Autónomas, son el 1,3% de grupo. (Tabla 12).

--Grupo N=1029. Destaca el mayor porcentaje en los años 2006 y 2007 en las Brigadas Locales de Seguridad Ciudadana (BLSC) y en 2004 y 2006 en las Brigadas Provinciales de Seguridad Ciudadana (BPSC). En cuanto a las Comisarías Locales, el total corresponde al año 2009. (Tabla 96).

Antigüedad en el CNP

Con fechas de ingreso en el CNP de 1.965 a 2.007. Rango de antigüedad, de 41 a 2 años.

--Grupo N=1055. El mayor porcentaje de años de antigüedad en el Cuerpo es de 61,1% que corresponde a 26-35 años, seguido del 19,0% de los de 16-25 años, y con un 2,4% los funcionarios que llevaban más de 35 años en el Cuerpo, cuando fueron reconocidos por el Tribunal Médico de la DGP. (Tabla 13).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de 26-35 años de antigüedad está en los años 2004 y 2006 a 2008. Los de 16-25, en el año 2004, los de 6-15 en el año 2006, y los de menos de 5 años de antigüedad en el año 2009. (Tabla 97).

Expedientes Disciplinarios, Sanciones

--Grupo N=1055 Consta en los Expedientes analizados que el 36,8% ha tenido alguna sanción disciplinaria, que en el 44,07% de los casos correspondía a periodos de suspensión de funciones de 1 a 5 días. (Tabla 14).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de sanciones disciplinarias se sitúa en el año 2006 y el menor en el año 2009. (Tabla 98).

15.3.4 Antecedentes familiares y personales

Antecedentes familiares de enfermedad

Antecedentes patológicos del padre

--Grupo N=1055. Del total de los Expedientes donde estaba recogido este dato, el porcentaje más elevado lo constituye la patología física en un 48,4% de los casos, patología psíquica (sin especificar) en el 4,5% de los casos, y constan 5 casos (0,5%) de suicidio paterno. (Tabla 15).

--Grupo N=1039. El menor porcentaje de patología física en el padre corresponde al año 2009, siendo en 2009 el porcentaje más elevado en patología psíquica. (Tabla 99).

Antecedentes patológicos de la madre

--Grupo N=1055. El 42,5% corresponde a “ninguno de interés”, según se refleja en los Expedientes analizados. El 32,8% son físicos y el 7,8% psíquicos. Constan 4 casos de suicidio (0,4%). (Tabla 16).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de antecedentes patológicos físicos en la madre corresponden al año 2004, y los psíquicos a 2008. (Tabla 100).

Antecedentes patológicos de hermanos

--Grupo N=1055. Ninguno de interés en el 50,7% de los casos, Psíquicos en el 13,0%, y Físicos en el 12,4% de alguno de los hermanos. Tienen patología física y psíquica el 1,1%, Hay cuatro casos de suicidio (0,4%), y consta un 0,9% de problemas legales o problemas por consumo de drogas. (Tabla 17).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de antecedentes de patología física corresponde al año 2004 y de psíquica a 2008. Patología física y psíquica en alguno de los hermanos, es más elevada en los años 2004, 2006 y 2008. En el año 2009, ningún funcionario refirió antecedentes patológicos en hermanos. (Tabla 101).

Antecedentes patológicos personales

Antecedentes de infancia-adolescencia

--Grupo N=1055. Este dato no está recogido en los Expedientes en el 27,4% de los casos. Sin antecedentes el 66,9%, y con antecedentes referidos, el 5,7%. (Tabla 18).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de antecedentes referidos en infancia y adolescencia está en los años 2004 y 2006, y el menor con un 8,5% en 2008. (Tabla 102).

Antecedentes de enfermedades somáticas.

--Grupo N=1055. Si consta este antecedente en el 87,0% de los expedientes examinados. De estos, el 42,9% corresponde a patología osteomioarticular. (Tabla 19).

Grupo N=1039. El mayor porcentaje de funcionarios con antecedente de patología física corresponde a los años 2004 y 2006. (Tabla 103).

Antecedentes de trastornos mentales

--Grupo N=1055. No consta este tipo de antecedente en el 67,3% de los casos, y sí en el 32,7%. (Tabla 20).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de este antecedente está en el año 2008 (21,2%), y el menor en 2009. (Tabla 104).

Antecedentes de Acontecimientos Vitales Estresantes

--Grupo N=1055. No constan antecedentes de este tipo en el 32,9% de los expedientes examinados. Destaca con un 15'8%, "Refiere sobrecarga y estrés laboral", y con un 14,3%, Conflictiva familiar, separación, problemas con la pareja y/o con los hijos. Los Problemas con superiores, subordinados o compañeros, son el 6,7%, seguido en porcentaje por los Problemas legales (5,6%), Problemática laboral y familiar (5,1%) y Fallecimiento de cónyuge o hijos con el 3,0%. (Tabla 21).

--Grupo N=1039. Los problemas legales tienen el porcentaje más elevado en 2005, la Conflictiva familiar lo tiene en los años 2004 y 2008, la Sobrecarga y estrés laboral en 2008 y 2007, y los Problemas con superiores, compañeros o subordinados en el año 2004. (Tabla 105).

Antecedentes de Abuso/Dependencia

Tabaco

--Grupo N=1055. Destaca el Consumo perjudicial/dependencia, con porcentaje de 28,4%, seguido de los No fumadores, 26,1%, los Fumadores ocasional/moderados (12,5%), y de un 9,2% han abandonado el tabaco. (Tabla 22).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de No fumadores se sitúa en el año 2008 (36,6%), y el de Ocasional/moderado en 2004 (15,7%) y 2006 (16,0%). Por su parte el Consumo perjudicial/dependencia sobresale con un 34,3% en 2007 y 27,9% en 2004, el porcentaje es alto en 2009 (31,5%), a pesar de ser menor el número, al haber disminuido también los funcionarios con consumo ocasional/moderado, y los que habían dejado de fumar. (Tabla 106)

Alcohol

--Grupo N=1055. Niega consumo de alcohol el 33,1%. El consumo es ocasional o moderado en el 22,6% de los casos, Consumo perjudicial o Abuso consta en el 12,1% y Dependencia de alcohol en 39 casos, 3,7% de grupo. Consta referido en abstinencia tras consumo perjudicial el 6,8%. (Tabla 23).

--Grupo N=1039. Los casos en los que se niega el consumo permanecen sin grandes oscilaciones a lo largo de los seis años estudiados con porcentajes que oscilan entre 32,2% y 35,8%. El porcentaje de Consumo perjudicial de alcohol es más elevado los años 2004, 2006 y 2008. Los datos destacados de Dependencia de alcohol se sitúan en los años 2004 y 2006. (Tabla 107).

Fármacos

--Grupo N=1055, No consta este dato en el 76,3% de los Expedientes. Niegan abuso de fármacos en el 22,1% de los casos, y sí refieren abusar de fármacos el 1,6% (17 casos). (Tabla 24).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de abuso de fármacos se sitúa en el año 2009 con 6 casos (4,7%). (Tabla 108).

Otras drogas

--Grupo N=1055. No consta en el 75,9% de los casos. Niega consumo el 22,2%, Ocasional 0,4%, Dependencia 8 casos (0,8%), y Consumo perjudicial 7 casos (0,7%). (Tabla 25).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de dependencia de drogas está en el año 2009 con 5 casos (3,9%). (Tabla 109).

Otros antecedentes

Uso de Servicios de Urgencia

--Grupo N=1055. El porcentaje más elevado por el que acuden los funcionarios a Urgencias es por "Pensamientos, ideación o intento de suicidio" 75 casos (7,1%), le sigue en frecuencia la "Sintomatología ansiosa" 69 casos (6,5%). Porcentajes inferiores lo tienen los que acuden a urgencias tras haber sufrido un accidente de tráfico (1,8%) o por patología osteomioarticular (1,6%) Por otros motivos (no especificados), el 18,5%. (Tabla 26).

--Grupo N=1039. El acudir a Urgencias por Pensamientos, ideación o intento de suicidio, tiene porcentajes más altos en los años 2004, 2006 y 2008, oscilando entre el 8,0% y el 9,7%. Por Sintomatología ansiosa y crisis de ansiedad, los porcentajes más elevados entre 8,0% y 10,2% se sitúan en los años 2006 y 2009. (Tabla 110),

Hospitalizaciones

--Grupo N=1055. Constan en los expedientes analizados, un 50,5% de hospitalizaciones, de los cuales el 76,36%, fueron ingresos en Hospital General por enfermedad física o intervención quirúrgica, y el 21,31%, lo fueron en Hospital Psiquiátrico por motivo de descompensación, intento o riesgo de suicidio, desintoxicación u otras. (Tabla 27).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de hospitalizaciones en Hospital General y Hospital Psiquiátrico, se produjeron en los años 2004 con un 49,0%, y en el año 2006 con un 56,1%. (Tabla 111).

Intento de suicidio

--Grupo N=1055. Un 7,3% refieren pensamientos de suicidio sin planificación. Intentos con fármacos/drogas y/o alcohol 39 casos (3,7%), con el arma de fuego, 4 casos (0,4%), Varios intentos con distintos métodos, 7 casos (7,3%) En Otros, 0,8% se incluyen ahorcamiento y autolesiones. (Tabla 28).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de intento de suicidio por fármacos, drogas y/o alcohol, está en el año 2004 con el 5,4%, siendo el año 2009 el que tiene más casos de varios intentos, 7,1%. Los intentos con arma de fuego se distribuyen 2 en 2008, y uno en 2005 y otro en 2006. (Tabla 112).

15.3.5 Baja laboral

Antecedentes de Bajas laborales por Incapacidad Temporal (IT)

Número de Bajas de causa física anteriores a la última IT

--Grupo N=1055. El número de periodos de IT por motivos de enfermedad somática, oscila en un amplio rango que va desde 1 hasta 58, El porcentaje más elevado lo tiene haber estado de baja en dos ocasiones previas (15,1%), seguido del de más de 10 bajas (12,8%), una baja el 11,4%, y sin bajas anteriores, el 10,2%. (Tabla 29).

--Grupo N=1039. Sin baja previa el mayor porcentaje está en 2004 con un 18,6%, Con más de 10 bajas anteriores, destacan los años 2007 a 2009 con porcentajes que oscilan entre 15,4% y 22,8%. Con una baja, el mayor porcentaje de 18,7% está en 2001, con dos bajas y porcentajes de 16,2% y 17,6% están en los años 2004 y 2006. El mayor porcentaje de tres bajas está en 2004 (12,3%) y 2007 (14,3%), el de cuatro bajas (12,3%) en 2006, cinco bajas previas (13,1%) en 2007, y de diez bajas (7,9%) en 2009. (Tabla 113).

Número de Bajas psíquicas anteriores a la última IT

--Grupo N=1055. El número de IT psíquicas, anteriores a la última baja oscila en un rango de ninguna, a 26. El mayor porcentaje (66,8%) sin bajas anteriores, le sigue con el 21,7% los que han tenido una baja previa, el 6,1% dos bajas, el 2,9% tres bajas, y el 0,7% es el porcentaje de los que han tenido más de 5 bajas (7 casos). (Tabla 30).

--Grupo N=1039. Los porcentajes sin ninguna baja psíquica previa oscilan a lo largo de los seis años estudiados entre el 61,1% y el 70,1%. Con una baja los mayores porcentajes están en los años 2004 (22,1%), 2005 (25,1%), 2007 (24,6%) y 2008 (25,7%), y con dos bajas, el 12,6%, se sitúa en el año 2009. (Tabla 114).

Baja inicial de IT previa al Tribunal Médico

Las fechas en las que están emitidos los Partes médicos de baja laboral, comprenden desde el 1 de febrero de 2001 hasta el 7 de mayo de 2009, no habiendo con posterioridad ninguna nueva Baja antes de ser reconocidos los funcionarios por el Tribunal Médico de la DGP.

Diagnóstico CIE-9-MC que consta en el Parte médico de IT

En los Partes médicos de MUFACE para situaciones de Incapacidad temporal se utiliza en el apartado de diagnóstico el Código CIE-9-MC por imperativo legal.

--Grupo N=1055. Por Grupos diagnósticos destacan los Trastornos mentales CIE-9-MC 290-319 con un total de 793 casos (75,1% de total), de los cuales, el 16,8% corresponde a Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos, el 14,6% a Depresión neurótica, el 13,1% a Trastornos neuróticos, el 12,1% a Reacción de adaptación, el 6,6% a Trastorno mixto ansioso depresivo, el 4,5% a Reacción aguda al estrés, el 3,3% a Trastorno depresivo mayor, el 3,0% a Psicosis afectiva, el 2,9% a Reacción depresiva prolongada, y el 2,3% a Trastorno de ansiedad no especificado.

Del resto de grupos diagnósticos analizados, tienen más número de casos: Sistema circulatorio con 30 (2,8%), las Enfermedades osteomioarticulares, 75, (7,1%), y Lesiones, con 57 (5,4%). Hay 33 casos sin baja y sin diagnóstico. (Tabla 31).

--Grupo N=1039. Con el diagnóstico de Trastornos mentales, alcanzan los mayores porcentajes: el Trastorno mixto ansioso depresivo, 18,8% en el año 2004. La Reacción aguda al estrés con 7,8%, y los Trastornos neuróticos con 24,0% ambos en 2008. La Reacción de adaptación tiene un porcentaje de 22,7% en 2007. La Depresión neurótica, 19,0% en 2006. El trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos tiene mayor número de casos en 2004 y 2006 con porcentajes entre 20,6% y 22,6%.

El resto de los grupos diagnósticos de enfermedades obtiene muy bajos porcentajes en cada uno de los seis años estudiados. (Tabla 115).

Clasificación WONCA (CIPSAP).

--Grupo N=1055. El 75,2% corresponde con 793 casos a la Sección V Alteraciones mentales, el 7,1% a la Sección XIII Aparato locomotor y tejido conjuntivo, el 5,4% a la Sección XVII Lesiones y efectos adversos, y el 2,8% a la Sección VII Aparato circulatorio. (Tabla 32).

--Grupo N=1039. Los porcentajes más elevados de 2004 a 2009 corresponden a la Sección V Alteraciones mentales, con porcentajes que oscilan entre el 72,2% y el 83,8% que es el más elevado en 2004.

El resto de las Secciones obtiene porcentajes muy bajos en cada uno de los años estudiados. (Tabla 116).

Médico del mutualista que firma el Parte de Baja inicial

--Grupo N=1055. El 87,3% de los Partes médicos para situaciones de IT están expedidos por el Médico de Familia, el 7,5% por un Psiquiatra y el 1,0% por otro especialista. (Tabla 33).

--Grupo N=1039. De 2004 a 2009, los porcentajes del Parte médico para situaciones de IT firmados por el Médico de Familia oscilan entre el 82,3% de 2008 y el 90,6% de 2005. El mayor número de las firmadas por el Psiquiatra corresponde con 12,6% al año 2008. (Tabla 117).

15.3.6 Informe Clínico (IC)

Informe Clínico emitido por Médicos de las URS, de las UPS y del Servicio Sanitario: Diagnóstico, Tratamiento y Propuesta

IC Diagnóstico psiquiátrico (CIE-10)

--Grupo N=1055. Algunos Informes Clínicos contienen varios diagnósticos del mismo funcionario. Destacan F40-F48, Trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con el 43,9% (de ellos el 45,67 corresponde a trastorno mixto ansioso depresivo) y el 2,56% a TEPT, le siguen en porcentaje los de F30-E39 Trastornos del humor (afectivos) con el 26,7% (de ellos el 76,6% corresponde a Episodio depresivo), con un 5,3% los F10-F19, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, de los que el 3,0% corresponde a Síndrome de dependencia de alcohol. Los F20-F29 Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico, y Trastornos de ideas delirantes, tienen un porcentaje de 2,7% (siendo el 1'4% por Trastorno de ideas delirantes). Los Trastornos de la personalidad y del comportamiento F60-F69 tienen un porcentaje del 4,2%. (Tabla 34).

--Grupo N=1039. Los diagnósticos F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, tienen el porcentaje más elevado en el año 2004, 6,9%, al igual que los F30-E39 Trastornos del humor (afectivos) con el 29,2%. Los F40-F48, Trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, obtienen porcentajes elevados los seis años del estudio oscilando entre 52,0% y 37,3%, y los Trastornos de la personalidad y del comportamiento F60-F69, son más frecuentes en 2004 y 2005 (6,4% y 5,8%). (Tabla 118).

IC Diagnóstico de enfermedades y lesiones (CIE-10)

--Grupo N=1055. El mayor porcentaje de enfermedades 13,9% corresponde al Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, (más prevalente la patología de columna vertebral), le siguen con 7,5% las Enfermedades del Sistema circulatorio (Hipertensión arterial 3,4%), los Traumatismos, con 6,5%, las enfermedades del sistema nervioso, 3,8% (Migrañas, S. del Túnel carpiano...),

las Endocrinas, nutricionales y metabólicas 3,7% (2,4% Diabetes), y las Enfermedades del oído 2,5% (1,4% Hipoacusia neurosensorial). (Tabla 35).

--Grupo N=1039. Las enfermedades del sistema osteomuscular tienen mayor frecuencia en los años 2005 y 2006 (19,9% y 19,3%), Los Traumatismos tienen mayor porcentaje de 7,0% a 8,6% los años 2005 a 2007, las enfermedades del Sistema circulatorio el 12,6% en el año 2007, las del sistema nervioso 5,7% y las del oído 4,0% también en el año 2007. (Tabla 119).

Pruebas diagnósticas en el Informe Clínico.

Pruebas y exploraciones somáticas.

--Grupo N=1055. Del elevado número de pruebas diagnósticas destaca el 25,3% de RMN (de las que el 57,30% corresponden a columna vertebral), el 12,5% son Radiografías, el 12,4% de TAC (de los que el 54,2% corresponde a TAC craneal), y el 12,1% a pruebas de exploración cardiológica. (Tabla 36).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de radiografías se realizó en 2005, TAC, 15,7% en 2004, RMN 31,6% en el año 2005, y exploraciones cardiológicas en 2005 y 2004 (15,8% y 13,7%). (Tabla 120).

Evaluación psicológica. Impresión diagnóstica

Datos de Informes realizados por Psicólogos, de las URS, UPS y del Servicio Sanitario de la DGP

--Grupo N=1055. Realizada valoración psicológica a un total de 684 funcionarios, en 14 de los cuales no se apreciaban signos de patología activa. De los datos extraídos de los informes emitidos donde consta la Impresión diagnóstica, destacan entre otros: 27,5% Trastornos de ansiedad, seguidos de un 21,5% de Trastornos de la personalidad, 13,6% Depresión, 4,8% Consumo de sustancias y un 2,2% alteraciones cognitivas. Describen diversa problemática referida de problemas familiares, legales y laborales. Tres casos de percepción de acoso laboral, y 5 de TEPT. (Tabla 37).

--Grupo N=1039. De los datos obtenidos de las valoraciones realizadas a los funcionarios y que constan en los informes emitidos, destaca los siguiente: los porcentajes más elevados en Trastornos de la personalidad 25,0%,

corresponden a 2004, la Depresión, 17,5%, a 2005, los Trastornos de ansiedad, elevados en todos los años, oscilan entre 22,9% y 38,6% y el porcentaje en cuanto a consumo de sustancias es más elevado en los años 2006 (7,0%) y 2007 (6,3%). Las alteraciones cognitivas ascienden a un 3,4% en el año 2004. (Tabla 121).

Datos de Informes Psicológicos externos al CNP.

--Grupo N=1055. Valoración realizada a 253 funcionarios, en 3 de los cuales, no se apreciaban signos de patología activa. De los datos extraídos de los informes destacan los porcentajes más elevados en: Trastornos neuróticos, 15,8% seguido de Trastornos afectivos, 6,1%, Trastornos de la personalidad 3,0%, Trastorno por consumo de sustancias psicotropas, 1,1%, y Trastornos psicóticos 0,8%. Citan 29 casos con síntomas de TEPT, 6 casos de Percepción de acoso laboral, y un caso de Burnout. (Tabla 38).

--Grupo N=1039, Los datos de los informes psicológicos realizados a 253 funcionarios de 2004 a 2009, reflejan porcentajes más elevados de Trastorno de la personalidad (5,4%) en 2004, Trastornos afectivos (8,3%) también en 2004, Trastornos neuróticos (24,6%) en 2005, y Trastorno por consumo de sustancias psicotropas en 2006 (2,1%) y 2007 (2,3%). (Tabla 122).

Informe Clínico. Tratamiento.

--Grupo N=1055. En los Informes Clínicos estudiados, no consta tratamiento en el 66,7% de los Expedientes analizados (704 casos). El porcentaje más elevado lo tiene el tratamiento Farmacológico (16,0%), seguido de Quirúrgico (5,9%), Farmacológico y Rehabilitador (4,0%), Farmacológico y Quirúrgico (1,8%), y Farmacológico, Rehabilitador y Quirúrgico (1,2%). (Tabla 39).

--Grupo N=1039. Los tratamientos reflejados en los Informes Clínicos del Expediente Clínico-Laboral, el porcentaje de los que “no consta” está presente todos los años y oscila entre el 55,0% en el año 2005, hasta el 79,4% en 2008. Los porcentajes más elevados están en Farmacológico (24,6%), seguido del Quirúrgico en los años 2004, 2006 y 2007 (5,9%, 7,0% y 6,9%), Farmacológico y Rehabilitador (5,8%) en 2005, Rehabilitador y Quirúrgico (4,3%) en 2006, Farmacológico Rehabilitador y Quirúrgico (2,7%) en 2006 y Farmacológico y Quirúrgico (3,4%) en 2007. (Tabla 123).

Informe Clínico. Propuesta.

--Grupo N=1055. En el apartado Juicio Clínico-Laboral. Propuesta de los Informes Clínicos estudiados consta: Valoración por el Tribunal Médico / Cambio de situación administrativa 50,7%, Valoración por Salud Mental del Servicio Sanitario Central 18,5%, Continuar en IT 11,8%, y sin propuesta el 19,1%. (Tabla 40).

--Grupo N=1039. La Propuesta reflejada en el Informe Clínico en el apartado Juicio Clínico-Laboral, el mayor porcentaje de petición de valoración a la Sección de Salud Mental del Servicio Sanitario (15,5%) se produce en el año 2004. La solicitud de valoración por el Tribunal Médico o Cambio de situación administrativa tiene los porcentajes más elevados de 2004 y 2006 con 19,5% y 19,9%, y la propuesta de permanecer en IT (23,0%) en el año 2008. El número más alto de Informes sin propuesta es en 2008, 38 casos (19,3%). (Tabla 124).

15.3.7 Otros Informes y Tratamientos en el Expediente Clínico-Laboral (ECL)

Diagnósticos Psiquiátricos (CIE-10), externos al CNP

Psiquiatra de Entidad de Seguro que ha suscrito Concierto con MUFACE para Prestación de Asistencia Sanitaria

--Grupo N=1055. Tienen mayor porcentaje con un 40,1%, los Trastornos del humor (F30-F39), (de ellos el 37,50% corresponde a F32 Episodio depresivo y el 16,78% a F34.1 Distimia). Le siguen en frecuencia con un 30,0% los Trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad y TOC, (de ellos el 51,10% corresponde a F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo y el 17,03% a F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada). Un porcentaje de 29,1% lo tienen F43-F48 Reacciones a estrés grave, Trastornos de adaptación (de ellos destaca que el 45,60% correspondiente a F43.22, Reacción mixta de ansiedad y depresión). El TEPT es diagnosticado en un 5,55%. Los Trastornos de personalidad (F60-F69) constituyen el 12,5% de los diagnósticos. En porcentaje le sigue el grupo F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias, con un 7,5% (de ellos el 37,97% corresponde a F10.2 dependencia de alcohol, y el 35,44% a F10.1 Abuso de alcohol). El Grupo F20-F29, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes, se eleva al 4,6%, (del que el 61,31% corresponde a Trastorno de ideas delirantes). (Tabla 41).

--Grupo N=1039. Los datos obtenidos en los diferentes diagnósticos de 2004 a 2009, reflejan los porcentajes más elevados en: F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias, con el 7,5% en 2006; F20-F29, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes, 6,9% en 2004; F30-F39, Trastornos del humor, 52,5% en 2004, descendiendo hasta 29,9% en 2009; el grupo F40-F42 Trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad y TOC, tiene el porcentaje más elevado en 2007, y el de F43-F48, Reacciones a estrés grave, Trastornos de adaptación, 35,4% en 2008. Los Trastornos de personalidad (F60-F69), son más diagnosticados en 2004 (14,7%) y en 2008 (15,4%). (Tabla 125).

Especialista Psiquiatra de Centro Concertado (no CNP ni MUFACE)

--Grupo N=1055. Un total de 678 funcionarios fueron derivados a un Centro psiquiátrico concertado para evaluación externa.

Los resultados de los diagnósticos emitidos son: el 41,4% (F40-F48) Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, (de ellos, el 87,87% corresponde a F43.22, Reacción mixta de ansiedad y depresión), F43.1 TEPT es diagnosticado en 9 casos; (F30-F39) Trastornos del humor el 18,7% (de ellos el 10,66% corresponde a F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, y el 43,45% a Distimia), Menores porcentajes 13,2%, (F60-F69). Trastornos de la personalidad (de ellos 40,29% F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación y un 36,69%, Rasgos patológicos de la personalidad). Del 3,9% de diagnósticos F10-F19 Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, el 68'29% corresponde a F10.1 Abuso de alcohol y el 19,51%, a F10.2 Dependencia de alcohol. De los 32 casos (3,0%), con diagnóstico F20-F29, Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, 12 casos (el 37,50% tienen el diagnóstico F22.0 Trastorno de ideas delirantes. (Tabla 42).

--Grupo N=1039. En los años estudiados destaca: De los 13 casos de F00-F09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos, el mayor número 4, (2,1%) se sitúa en el año 2006. F10-E-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas, el mayor número de casos están en 2004 y 2007 con porcentajes entre 4,4% y 5,1%, al igual que F20-F29 Esquizofrenia trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes con porcentajes entre 3,4% y 4,0%. F30-F39, Trastornos del humor, tienen en 2004 el porcentaje más elevado con el 32,8%, F40-F48, Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, el número de funcionarios en todos los años oscila entre 66 y 73, y los porcentajes oscilan entre 35,8% y 52,0%. El porcentaje más elevado de F60-F69 Trastornos de la personalidad, 20,0% está en el año 2008. (Tabla 126).

Informes de Especialistas no psiquiatras

--Grupo N=1055. El porcentaje más elevado de Informes realizados por diversos especialistas, corresponde a Trauma/Reumatología, 25,8%, seguido de los emitidos por los Médicos de Familia 24,0%, los de Cirugía 15,3%, Neurología 10,5%, ORL 6,9% y Cardiología 6,4%. En el resto de las especialidades el porcentaje es inferior al 5,0%. (Tabla 43).

--Grupo N=1039. Los porcentajes de los Informes realizados por los especialistas de Trauma/Reumatología, oscilan entre 23,5% y 31,6% en los años 2004 a 2007, y desciende hasta el 18,9% en 2009. Los de Cardiología tienen los porcentajes más elevados (de 7,8% a 9,7%) se sitúan en los años 2004, 2005 y 2007. En Cirugía el mayor número de informes 41 (21,9%) es de 2006, y en Neurología el porcentaje más elevado está en 2006 con el 12,8%. (Tabla 127).

Informes periciales

--Grupo N=1055. Del total de este grupo, los porcentajes más elevados de Informes periciales son los de los Psiquiatras (4,6%), seguidos de Médico Forense (3,8%), Valorador del Daño Corporal (3,0%), y Psicólogo (1,4%). Ahora bien, de un total de 163 Informes periciales que son los que constan en los Expedientes objeto de estudio, el 30,06% han sido emitidos por Psiquiatras, el 24,54% por Médico Forense, el 19,63% por Valorador del Daño Corporal, el 9,20% por Psicólogos, el 6,75% por Traumatólogos y el resto por otros profesionales (Cardiólogo, Especialista en Medicina del Trabajo). (Tabla 44).

--Grupo N=1039. El porcentaje de los 48 Informes Periciales emitidos por Psiquiatra, se sitúa en los años 2004, 2006 y 2007 entre el 4,9% y el 5,7%. Los de Valorador de Daño Corporal oscilan entre 3,7% y 4,1% en los años 2005-2006, y los emitidos por Médico Forense, el 5,9% que es el mayor porcentaje, se sitúa en 2008. (Tabla 128).

Tratamientos que constan en el ECL

--Grupo N=1055. En los ECL figuran un elevado número de tratamientos debido a que muchos funcionarios tienen más de uno por estar siendo atendidos por uno o varios especialistas. Los porcentajes más elevados se refieren a: Psicofarmacológico (95,9%), seguido de Hospitalización (28,6%), Psicoterapia (26,9%), Rehabilitación (15,4%), y tratamiento para alcohol y otras drogas (4,4%). (Tabla 45).

--Grupo N=1039. El Tratamiento Psicofarmacológico obtiene unos porcentajes muy elevados a lo largo de los seis años objeto del estudio, oscilando entre el mínimo 94,9%, en 2007 y máximo 97,7%, en 2006. En cuanto a la Psicoterapia el porcentaje más elevado está en el año 2005 (35,7%), Rehabilitación 22,2% en 2005, y Hospitalizaciones en 2006 (31,6%). (Tabla 129).

15.3.8 Tribunal Médico de la DGP

Situación administrativa previa a la valoración por el TM

--Grupo N=1055. El 93,4% del total de los funcionarios que han sido propuestos para cambio de situación administrativa está en activo. Y también lo están en activo, aunque en diferentes situaciones los de Segunda actividad con destino por edad (3,2%), por enfermedad (0,2%), los suspensos de funciones (2,3%), e incluso los internados en Centro Penitenciario (0,9%). (Tabla 46).

--Grupo N=1039, En el año 2004 el 96,1% está en servicio activo. 3 funcionarios en segunda actividad por edad con destino, y 5 en suspensión de funciones. En el año 2005 el 95,3% está en servicio activo, 3 en Segunda actividad, 3 con suspensión de funciones y 2 en Centro Penitenciario. En 2006, el 94,1% está en servicio activo, 5 en Segunda actividad con destino, 4 en suspensión de funciones y 2 en Centro Penitenciario. En 2007, el 96,0% está en activo, 5 en Segunda actividad con destino, y 2 en suspensión de funciones. En 2008, el 81,1% está en activo, 13 funcionarios en Segunda actividad con destino, 3 en suspensión de funciones y 3 en Centro penitenciario. En 2009, el 87,4% está en activo, el 5,5% en Segunda actividad con destino, 6 funcionarios con suspensión de funciones, y 3 internos en Centro Penitenciario. (Tabla 130).

TM. Número de reconocimientos anteriores realizados por patología somática y/o psiquiátrica.

--Grupo N=1055. El 78,7% de los funcionarios es la primera vez que va a ser reconocido por el Tribunal Médico de la DGP. El 16,3%, ha sido reconocido una vez, 3,1%, dos veces, el 1,4% tres veces, y el 0,5% más de tres veces (5 funcionarios). (Tabla 47).

--Grupo N=1039. Los porcentajes de funcionarios que no han sido nunca reconocidos en anteriores Tribunales Médicos, oscila de 2004 a 2009 entre el 71,3% en 2005 y 84,3% en 2009, Los que han sido reconocidos una vez los mayores porcentajes están en 2004 (18,6%), 2005 (19,3%), y 2007 (18,3%). Dos Tribunales previos el mayor número en 2006 (4,8%), y tres Tribunales el mayor número en 2005 (4,1%). (Tabla 131).

Inicio del Tribunal Médico.

--Grupo N=1055. De Oficio a Segunda actividad: 59,8%, De Oficio a Jubilación 26,9%. Segunda actividad a Instancia 2,7%, y Jubilación a Instancia 10,5%. En un caso, la petición la realizó un Magistrado Juez. (Tabla 48).

--Grupo N=1039. El inicio de segunda actividad de Oficio tiene el mayor porcentaje en 2004 (19,4%) y la jubilación de Oficio también en 2004 con del 20,8%. La jubilación a Instancia es más elevada en el año 2005 un 22,2%, y la de Segunda actividad a Instancia en 2004 (25,0%). La petición del Magistrado Juez es del año 2005. (Tabla 132).

Fechas de celebración de las convocatorias del TM

--Grupo N=1055. Las fechas en las que se han celebrado los Tribunales Médicos de la DGP, son las comprendidas entre el 1 de enero de 2004 y el 3 de febrero de 2009.

--Grupo N=1039. Las fechas en las que se convocaron y realizaron los Tribunales Médicos son las comprendidas entre 1 de enero de 2004 y 31 de diciembre de 2009.

Tiempo transcurrido desde la fecha del Parte de baja inicial de IT, y la fecha del reconocimiento por del TM

--Grupo N=1055. Fechas de los Partes médicos de IT, desde el 1 de febrero de 2001 a 7 de mayo de 2009. Duración de IT: Hasta 36 meses el 2,37%, (25 casos) Hasta 24 meses 43,13% (455 casos), Hasta 18 meses 45,59% (481 casos). Inferior a 12 meses o petición propia sin IT, 8,91%. (94 casos).

--Grupo N=1039. En 2004, duración de IT hasta 24 meses (47,55%), hasta 18 meses (44,61%). En 2005 hasta 24 meses (33,92%), hasta 18 meses 51,63%. < 12 meses 11,11%. En 2006, hasta 24 meses 50,10%, hasta 18 meses 43,22%, < 12 meses 9,63%. Año 2007: hasta 24 meses 38,36%, hasta 18 meses 53,19%, < 12 meses 5,19%. Año 2008, hasta 24 meses 48,00%, hasta 18 meses 41,47%, < 12 meses 9,14%. Año 2009 hasta 24 meses 32,00%, hasta 18 meses 53,60%, < 12 meses 14,40%.

15.3.9 Dictamen del Tribunal Médico de la DGP

Tribunal Médico. Diagnósticos psiquiátricos CIE-10

F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

--Grupo N=1055. Han sido diagnosticados 9 casos de Trastorno cognoscitivo leve (0,9%), 10 de trastorno depresivo orgánico (0,9%) y 6 de Trastorno del humor mixto orgánico (0,3%). (Tabla 49).

--Grupo N= 1039. Los 9 casos de F06.7 Trastorno cognoscitivo leve, se diagnosticaron en 2005, 2006, 2007 y 2009. Los 10 casos de F06.32 Trastorno depresivo orgánico se diagnosticaron en 2004, 5 casos, y el resto en 2005, 2006 y 2009, y los 6 casos de F06.33 Trastorno del humor mixto orgánico se diagnosticaron 3 en 2006, y el resto en 2004, 2007 y 2009. (Tabla 133).

F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas.

--Grupo N=1055. El mayor porcentaje de este grupo es el correspondiente a Consumo perjudicial de alcohol F10.1, (4,9%), seguido de Síndrome de dependencia de alcohol F10.2 (3,6%). Destacan 7 casos de F19.2, Síndrome de dependencia de varias sustancias psicótropas (0,7%), 5 casos de F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica (0,5%) siendo el total 7,07% de dependencia de alcohol, y 2 casos de F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas (0,2%). El resto de los casos, están referidos en abstinencia. (Tabla 50).

--Grupo N=1039. Los casos de Síndrome de dependencia de alcohol F10.2 son diagnosticados todos los años del estudio, siendo el porcentaje más elevado 5,1% en 2008. Consumo perjudicial de alcohol o Abuso de alcohol F10.1, tiene un número de casos 9 a 12 con porcentajes entre 4,9% y 6,4% en los años 2004 a 2007, siendo el menor número en 2009 (3,1%). Los 5 casos de F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica, fueron diagnosticados en 2004 y 2007. Los 2 casos de F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas, fueron diagnosticados en los años 2008 y 2009. (Tabla 134).

F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes

--Grupo N=1055. Destaca con 25 casos (2,4%) F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes, le sigue F20 Esquizofrenia con 10 casos (0,9%), 8 casos de F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio (0,8%), y 3 casos de F25 Trastorno esquizoafectivo (0,3%). (Tabla 51).

--Grupo N=1039. F20 Esquizofrenia, está diagnosticado con máximo de 3 casos en 2007. En 2008 no hay ningún caso. Los 25 casos de F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes, tienen un máximo de 6 en 2008 (3,4%), Los y 8 casos de F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio están diagnosticados en 2004, 2006 y 2007, y los 3 casos de F25 Trastorno esquizoafectivo están diagnosticados en los años 2004, 2006 y 2007. (Tabla 135).

F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

--Grupo N=1055. El porcentaje más elevado corresponde (17,6%) a F32 Episodios depresivos (186 casos), seguido de F34 Trastorno de humor persistente (8,6%), F33 Trastorno depresivo recurrente (8,0%), y F31 Trastorno bipolar (2,2%). (Tabla 52)

--Grupo N=1039. Los mayores porcentajes de F32 Episodios depresivos están en los años 2004 (19,1%), y en 2007 (20,6%). El F33 Trastorno depresivo recurrente, es más diagnosticado en 2006 (15,0%), el F34 Trastorno de humor persistente tiene el mayor porcentaje en 2005 (14,6%), y el menor de 4,7% en 2009, y el F31 Trastorno bipolar presenta mayor número de casos en 2004 (3,9%). (Tabla 136).

F40-F48. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos

--Grupo N=1055. Los porcentajes más elevados se encuentran en los siguientes diagnósticos: F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación con 272 casos (25,8%), seguido de F41 Otros trastornos de ansiedad con 245 casos (23,2%), de F40 Trastornos de ansiedad fóbica 2,2%, F42 Trastorno obsesivo compulsivo 1,7%, y de F45 Trastornos somatomorfos, 1,3%. F43.1 TEPT, 19 casos (1,8% del total de funcionarios). (Tabla 53).

--Grupo N=1039. Los diagnósticos F40 Trastornos de ansiedad fóbica, obtienen porcentajes entre 1,5% en 2004, y el máximo de 2,7%, en 2006. F41 Otros trastornos de ansiedad tiene el mayor porcentaje de diagnósticos en 2008 (28,6%). F42 Trastorno obsesivo compulsivo, tiene el mayor número de casos en 2004 (2,9%). F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, tiene el mayor número de casos diagnosticados de 2006 a 2008 (27,3% y 27,4%), Los porcentajes de de F45 Trastornos somatomorfos, oscilan entre 1,2% y 1,7% en todos los años del estudio, excepto en 2008 sin ningún caso. (Tabla 137).

F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

--Grupo N=1055. Los dos diagnósticos realizados: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación 3 casos (0,3%), y F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación, 5 casos (0,5%). (Tabla 54).

--Grupo N=1039. Los 3 casos de de F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación, son diagnosticados los años 2005, 2006 y 2008, y los 5 casos de F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación, 2 en 2005 y 3 en 2007. (Tabla 138).

F60-F69.- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

--Grupo N=1055. De los 321 casos con este trastorno, el porcentaje más elevado (101 casos) 9,6%, está en F61.0 Trastorno mixto de la personalidad, le sigue con el 9,3% F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación, F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (27 casos), 2,6%, F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (13 casos) 1,2%, F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (1,0%), 11 casos, F60.30, tipo impulsivo (6 casos) 0,6% y F60.31, tipo límite (8 casos) 0,8%. F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad 0,8%. F60.6 Trastorno ansioso de la personalidad, 0,7%. Es de destacar F63.8 Trastorno explosivo intermitente, 0,7%, y F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación 1,5%. (Tabla 55).

--Grupo N=1039. Tanto F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad, como F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad, tienen 4 casos en 2004. F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad, 8,4'7% en 2005. F60.9 Trastorno de

la personalidad sin especificación, y F61.0 Trastorno mixto de la personalidad, presentan los porcentajes más altos en 2008 (14,3% y 12,6%). (Tabla 139).

Otros procesos CIE-10.

--Grupo N=1055. Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares 4,3%, le siguen los Z91.5 Intentos de suicidio 2,5%, y Z65.3 Problemas legales 2,4%. En 23 casos no se aprecia psicopatología activa, (Z03.2). Es diagnosticado Z56.7 Problema laboral en 5 casos. (Tabla 56).

--Grupo N=1039. Los 5 casos de Z56.7 Problema laboral, se diagnostican 4 en 2004 y 1 en 2005. El porcentaje más elevado de Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares, en 2008, (6,9%). Los 24 casos de Z91.5 Intentos de suicidio, tienen el porcentaje más elevado con 12 casos en 2006 (6,4%). Y 24 casos de los 25 de Z65.3 Problemas legales, son diagnosticados en 2009 (18,9%). Los 22 casos con diagnóstico de asintomático (Z03.2), oscilan entre el 1,5% en 2004 y el 3,1% en 2009. (Tabla 140).

Tribunal Médico. Diagnóstico de enfermedades y lesiones CIE-10

--Grupo N=1055. Las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, son las más diagnosticadas 22,7%, (239 casos), seguidas de Enfermedades del Aparato circulatorio, (128 casos), 12,1%, y Traumatismos envenenamientos y otros con 124 casos (11,8%). Las enfermedades del sistema nervioso, 6,4%; Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, 5,7%; Las enfermedades del oído, 5,0%; Enfermedades del Sistema digestivo 4,5%, y el resto de enfermedades en menores porcentajes. (Tabla 57).

--Grupo N=1039. De los 26 casos de neoplasias en los seis años del estudio, 6 fueron diagnosticados en 2006 y en 2008, Las Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas tienen unos porcentajes entre 4,6% en 2008 y 7,0% en 2005: el porcentaje más elevado de las enfermedades del Sistema circulatorio 16,4% en 2005; Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 29,4% en 2006, y Traumatismos el 18,7% en 2006. (Tabla 141).

Dictamen del Tribunal Médico. Tratamiento.

--Grupo N=1055. El tratamiento que consta con más frecuencia 84,4% es el Psicofarmacológico, seguido de Psicoterapia, 21,5%, Farmacológico 17,2%, Quirúrgico 13,9%, Rehabilitación 9,9% y Hospitalario 7,7%. (Tabla 58).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de indicación de tratamiento Psicofarmacológico es del año 2004 (80,4%), el Farmacológico oscila entre el 11,4% en 2008 y el 22,2% en 2006; Rehabilitación se sitúa entre el 6,3% de 2008 y 12,8% de 2006. El mayor porcentaje de Psicoterapia está en el año 2009 (30,7%); el tratamiento hospitalario oscila entre el 5,5% en 2009 y el 10,7% en 2006. (Tabla 142).

Dictamen del Tribunal Médico. Evolución previsible

--Grupo N=1055. Cronicidad / desfavorable (408 casos), 38,7%; Patología estabilizada (378 casos), 35,8%; Incierta dudosa reversibilidad (131 casos), 12,4%; Evolución ligada a hábito tóxico 3,4% y ligada a circunstancias legales 2,8%. Evolución con recidivas 2,9%. Mejoría clínica, 2,3%, y no agotadas las posibilidades terapéuticas 1,8%. (Tabla 59).

--Grupo N=1038. La Patología estabilizada tiene el mayor porcentaje (79 casos) 45,1% en 2007, seguido en 2008 de Cronicidad (76 casos) 43,4% y en 2004 de Dudosa e incierta reversibilidad (71 casos) 34,8%. Los casos de Mejoría clínica oscilan entre 1,7% en 2008 y 3,2% en 2006. De los 19 casos en los que no están agotadas las posibilidades terapéuticas, 7 de ellos, (4,1%), están en el año 2005. El mayor porcentaje de los 34, de evolución Incierta ligada a tóxicos, en 2008 (5,1%), y de los 28 casos ligada su evolución a circunstancias legales se distribuyen entre un máximo de 3,4%, (7 casos) en 2004, y 2 casos en 2009 (1,6%). La evolución con recidivas es superior en 2004 (4,4%) de los 28 casos. (Tabla 143).

Dictamen del Tribunal Médico. Propuesta.

--Grupo N=1055. Las Propuestas indican que No procede pase a Segunda actividad 4,7%, y No procede pase a Jubilación por IP en el 2,9% de los casos. La Propuesta de pase a la situación administrativa de Segunda actividad se produce en 394 casos (37,3%). Se propone Jubilación por IP total en 262 casos (24,8%), Jubilación por IP Absoluta en 95 casos (9,0%). En 202 casos en los que el inicio del procedimiento era de Segunda actividad, se propone Jubilación por IP total (19,1%). En 11 casos, aunque el inicio del procedimiento era de Jubilación, se propone Segunda actividad (1,0%). En 5 casos se propone no Segunda actividad sino Jubilación por IP Absoluta (0,5%) y en otros 5 en Segunda actividad con destino, se propone Jubilación por IP Total (0,5%). (Tabla 60).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de No procede Segunda actividad, está en 2004 (6,9%), El porcentaje de casos en los que no procede Jubilación oscila entre 1,0% en 2004 y 6,3% en 2009. La propuesta de Segunda actividad realizada a mayor número de funcionarios es en 2007 (44,0%), la de Jubilación por IP Total, en 2008 (30,9%), y la Jubilación por IP Absoluta en 2009 (15,0%). No Segunda actividad y sí propuesta de Jubilación por IP Total tiene un máximo de 44 funcionarios en 2005 (25,7%) y un mínimo de 7,1% en 2009. El resto de las situaciones propuestas obtiene de 2004 a 2009 porcentajes mínimos. (Tabla 144).

Propuesta realizada por el Tribunal Médico en las mujeres que fueron evaluadas: 29 Jubilación: 20 por patología mixta (2 por IP Absoluta, y 18 IP Total), 9 por patología psiquiátrica (1 IP Absoluta y 8 IP Total), y 22 Segunda actividad (16 por patología psiquiátrica, y patología psiquiátrica y física), resto capacitadas.

Alegaciones al Dictamen del Tribunal Médico

--Grupo N=1055. Se produjeron un total de 145 escritos de Alegaciones. El 13,7%, del total de las presentadas por disconformidad con el Dictamen del Tribunal Médico, 50,34% por la propuesta de Segunda actividad, el 28,28% por la propuesta de Jubilación, y el 15,17% por la propuesta de No Jubilación, el resto de las alegaciones tenían otros motivos. (Tabla 61).

--Grupo N=1039. El mayor porcentaje de los 142 escritos de Alegaciones en este grupo, se produjeron en el año 2006 (18,7%). (Tabla 145).

Resoluciones del T.S.J. Contencioso Administrativo

--Grupo N=1055. En el total de los Expedientes Clínico-Laborales examinados constan 12 Sentencias de Jubilación por IP 1,1%. En 9 de los casos, la propuesta del Tribunal Médico había sido de Segunda actividad, y en 3 casos, que no procedía Jubilación. (Tabla 62).

--Grupo N=1039. Las 12 Sentencias de Jubilación por IP se produjeron 5 en 2004, 5 en 2005, 1 en 2006 y 1 en 2008. (Tabla 146).

Dictamen Tribunal Médico. Propuesta de Incapacidad laboral.

--Grupo N=1055. Propuesta de Segunda actividad, 37,6% (397 casos). Propuesta de Jubilación por IP Total, 44,5% (469 casos), Jubilación por IP Absoluta 9,4% (99 casos), Jubilación por Sentencia 12 casos, 1,1%. No procede Jubilación 2,7% y No procede Segunda actividad 4,7%. (Tabla 63).

--Grupo N=1039, El porcentaje más elevado de propuesta de pase a Segunda actividad se produce en 2007 (44,0%), el de Jubilación Total en 2005 (49,1%). La Jubilación Absoluta, tiene el mayor número de funcionarios en los años 2006, 2007 y 2009. Los 12 casos de Jubilación por Sentencia se produjeron 5 en 2004, 5 en 2005, 1 en 2006 y 1 en 2008. Los 26 casos en los que no procede Jubilación son 1 en 2004, 3 en 2005, 8 en 2006 y 2009, 6 en 2008. Ningún caso en 2007. Los casos en los que no procede Segunda actividad se sitúan 14 en 2004, 7 en 2005 y 2006, 9 en 2007 y 2009, y 4 en 2008. (Tabla 147).

Incapacidad

--Grupo N=1055, El porcentaje de propuestas de Incapacidad por causas únicamente psiquiátricas es del 49,4% (521 casos), mientras que por patología mixta física y psíquica es del 43,2% (456 casos). En el 7,4% el Tribunal Médico ha dictaminado que no había incapacidad 78 casos. (Tabla 64).

--Grupo N=1039. Las propuestas con diagnóstico sólo psiquiátrico tienen un porcentaje más alto los años 2004 (21,4%) y 2008 (20,2%). Las propuestas de

incapacidad por patología mixta tuvieron los porcentajes más elevados en los años 2005, 2006 y 2007 (entre el 18,9% y el 21,4%), y el porcentaje más bajo de sólo 9,4% en el año 2009. El mayor número de los no incapacitados se produjeron en los años 2004, 2006 y 2009. (Tabla 148).

Dictamen Tribunal Médico. Propuestas de Jubilación por IP

--Grupo N=1055. Del total de 580 funcionarios propuestos para Jubilación por IP, el 83,0% lo fueron para Jubilación por IP Total mientras que la propuesta para IP Absoluta fue el en 99 casos (17,1%). (Tabla 65).

--Grupo N=1039. Del total de 574 casos propuestos para Jubilación, los años con mayor número de casos fueron 2004, 2005, 2006, y 2008 oscilando entre el 78,7 % y el 90,3% para IP Total, los años con mayor porcentaje de propuestas para Jubilación por IP Absoluta, fueron 2006 (19,8%) y 2007 (21,3%). Las 12 Jubilaciones por IP Total por Sentencia, se produjeron 5 en 2004, 5 en 2005, 1 en 2006 y 1 en 2008. (Tabla 149).

Causa de Jubilación por Incapacidad Permanente.

--Grupo N=1055. Causa de la propuesta de Jubilación por IP de los 580 casos, lo fueron por patología psiquiátrica, 303 (52,2%) y por patología mixta 277 (47,8%). (Tabla 66).

--Grupo N=1039. El mayor número de casos de propuesta de Jubilación por IP por patología psiquiátrica se produjo en el año 2004 con 68 casos, y el resto de los años oscilan entre 36 y 49. El mayor número de casos por patología mixta lo tuvo el año 2006 (55,7%). El año con menor número de casos fue 2009. (Tabla 150).

SEGUNDA ACTIVIDAD. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

--Grupo N=1055. Diagnosticados, un caso F06.7 Trastorno cognoscitivo leve, dos casos F06.32 Trastorno depresivo orgánico, y otros dos de F06.33 Trastorno de humor mixto orgánico. (Tabla 67).

--Grupo N=1039. Los casos de F06.33 Trastorno del humor mixto orgánico fueron diagnosticados en 2004 y 2005, uno cada año. Los dos casos de F06.32 Trastorno depresivo orgánico lo fueron en 2005 y 2006, y el F06.7 Trastorno cognoscitivo leve fue diagnosticado en 2007. (Tabla 151).

F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas

--Grupo N=1055. De los 397 casos con propuesta de Segunda actividad, dos con diagnóstico F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol; 4 de F10.1 Consumo perjudicial, habiendo un caso F19.2 Dependencia a varias sustancias. En el 3,0% de los casos, está referido en abstinencia el consumo perjudicial de alcohol. (Tabla 68).

--Grupo N=1039. De los 389 casos del estudio estratificado con propuesta de Segunda actividad, los 4 casos de F10.1 Consumo perjudicial de alcohol están diagnosticados en 2006, 2007 y 2008. Los dos casos de F10.2 Dependencia de alcohol, en 2006 y 2008, y el de F19.2 Dependencia de varias sustancias, en 2009. (Tabla 152).

F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes

--Grupo N=1055. De los 397 casos hay dos diagnósticos con un caso: F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes y también con un caso F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio. (Tabla 69).

--Grupo N=1039. F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes fue diagnosticado el año 2007 y F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio en 2006. (Tabla 153).

F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

--Grupo N=1055. Obtienen los mayores porcentajes F32 Episodios depresivos, 11,6% y F34 Trastorno de humor persistente 10,6% y F33 Trastorno depresivo recurrente 3,8%. Está diagnosticado un caso de F30 Hipomanía. (Tabla 70).

--Grupo N=1039. El porcentaje más elevado de F32 Episodios depresivos, 20,6% y de F34 Trastorno de humor persistente se produjeron en 2004. En el año 2009 sólo se diagnosticaron 3 casos de F32 Episodios depresivos. (Tabla 154).

F40-F48. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos

--Grupo N=1055. De los 397 casos con propuesta de Segunda actividad, los porcentajes más elevados de F40-F48, se sitúan en F43 Reacciones a estrés grave, y trastornos de adaptación, 39,3%, y en F41 Otros trastornos de ansiedad, con el 30,2%. En cuanto a F40 Trastornos de ansiedad fóbica 5 casos y F45 Trastornos somatomorfos, 4 casos. (Tabla 71).

--Grupo N=1039. El porcentaje más alto de los 389 casos de este grupo está en el año 2008 en F41 Otros trastornos de ansiedad, con el 43,1%, y el menor porcentaje en el año 2009. F43 Reacciones a estrés grave, y trastornos de adaptación, tiene el mayor número de casos (34) en el año 2007, y el menor (16), en 2006. (Tabla 155).

F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

--Grupo N=1055. Únicamente hay 4 casos F50-F59. Tres corresponden a F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación y uno a F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación. (Tabla 72).

--Grupo N=1039. No constan diagnósticos F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación ni F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin

especificación en los años 2004, 2008 y 2009. De los 3 casos F51.9 uno se produce en 2005 y dos en 2007. (Tabla 156).

F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

--Grupo N=1055. De los 114 casos con este trastorno, el porcentaje más elevado (42 casos) 10,6%, es F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación, seguido de F61.0 Trastorno mixto de la personalidad con el 9,8%, y de F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (15 casos), 3,8%. Hay 3 casos de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad 0,8%, y 4 de F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (1,0%). (Tabla 73).

--Grupo N=1039. De los 113 casos con este trastorno, el mayor porcentaje F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad, se sitúa en 2005 con el 6,6%. F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación obtiene los mayores porcentajes en los años 2007, 2008 y 2009, y el menor, 4,9% en 2005. F61.0 Trastorno mixto de la personalidad, presenta el mayor número de casos en 2008 y el menor en 2005. Los 3 casos de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad están diagnosticados en 2004, 2005 y 2007, y de los 14 casos de F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad, 4 corresponden al año 2005, y el resto se reparte en los demás años del estudio. (Tabla 157).

Otros procesos CIE-10

--Grupo N=1055. De los 397 casos con propuesta de Segunda actividad, 32, el 8,0% presentan este tipo de diagnósticos. De ellos, 21 casos, el 5,1%, son debidos a Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares. (Tabla 74).

--Grupo N=1039. De los 389 casos con propuesta de pase a Segunda actividad, 30 presentan: Otros trastornos CIE-10. De ellos Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares, el porcentaje más alto, 9,7% está en el año 2008. Los seis casos de Z65.3 Problemas legales corresponden todos al año 2009. (Tabla 158).

SEGUNDA ACTIVIDAD. DIAGNÓSTICOS FÍSICOS CIE-10

(Cada caso puede tener uno o más diagnósticos)

--Grupo N=1055. En este grupo 397 funcionarios, tienen propuesta de pase a Segunda actividad. De los 304 diagnósticos emitidos de Enfermedades y Lesiones, destaca en porcentaje las Enfermedades del Sistema osteomuscular 25,2%, seguido de Enfermedades del Sistema circulatorio 11,3%, y de Traumatismos con 10,6%. Con el 5,0% están: Enfermedades del sistema nervioso y Enfermedades del oído. En el resto, los porcentajes son inferiores al 5,0%. (Tabla 75).

--Grupo N=1039. Los porcentajes más elevados de Enfermedades del Sistema osteomuscular se producen en 2005 con 36,1% y en 2007 con 33,8%. Las Enfermedades del Sistema circulatorio muestran mayor porcentaje en 2005 con el 21,3%, seguido de Traumatismos en el 18,2% de los casos en 2006. De los 20 casos de Enfermedades del sistema nervioso, diez de ellos se diagnostican en los años 2005 y 2007. Y el 9,1% de las Enfermedades del oído, en 2006. (Tabla 159).

¿QUÉ DIAGNÓSTICOS CIE-10 SE HAN EMITIDO EN LA PROPUESTA DE SEGUNDA ACTIVIDAD?

En los 389 casos con propuesta de Segunda actividad, tienen más prevalencia: Diagnósticos psiquiátricos.-

F00-F09. Un caso de F06.7 Trastorno cognoscitivo leve, dos casos de F06.32 Trastorno depresivo orgánico y dos casos de F06.33 Trastorno del humor mixto orgánico.

F10-F19. Dos casos de F10.2 Trastorno de dependencia de alcohol, 4 de F10.1 Consumo perjudicial de alcohol, y un caso de F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicótropas.

F20-F29. Un caso de F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes, y otro de F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio.

F30-F39. Consta diagnosticado un caso de F30 Hipomanía, de F32 Episodios depresivos el 11,8%, F33 Trastorno depresivo recurrente 3,9%, y F34 Trastorno del humor persistente 10,8%.

F40-F48. Cinco casos de F40 Trastorno de ansiedad fóbica, y tres de F45 Trastornos somatomorfos. El mayor porcentaje corresponde a F43 Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación 38,8% y a F41 Otros trastornos de ansiedad 30,6%.

F50-F59. Un caso F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación y tres casos F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación.

F60-F69. Constan tres diagnósticos F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad, cuatro F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, 14 de F50.5 Trastorno anancástico de la personalidad, Mayor prevalencia: F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación 10,8%, y F61.0 Trastorno mixto de la personalidad 10,0%. Un caso corresponde a F63.8 Trastorno explosivo intermitente, y el resto constan como rasgos patológicos de la personalidad.

Otros procesos CIE: Z56.7 Problema laboral un caso; Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares 5,1% (20 casos). Z91.5 Intento de suicidio dos casos, y Z65.3 Problemas legales 6 casos.

Diagnóstico de enfermedades y lesiones.

En el grupo estratificado N=1039, de los 389 casos propuestos para Segunda actividad, la mayor prevalencia: (M00-M99) Sistema osteomuscular con el 25,2%, seguido de (I00-I99) Enfermedades del sistema circulatorio 11,1%, (S00-T98) Traumatismos 10,5%, (G00-G99) Enfermedades del sistema nervioso y (H60-H95) Enfermedades del oído 5,1%, y (E00-E90) Enfermedades endocrinas 4,9%. Resto con porcentajes inferiores.

| |
|--|
| 15.3.9.3 Dictamen Tribunal Médico. Propuesta: Jubilación por IP para el servicio |
|--|

JUBILACIÓN. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

F00-F09. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos

--Grupo N=1055. De los 580 casos con propuesta de Jubilación por IP, siete casos F06.7 Trastorno cognoscitivo leve 1,2%; ocho F06.32 Trastorno depresivo orgánico 1,4%, y cuatro F06.33 Trastorno de humor mixto orgánico 0,7%. (Tabla 76).

--Grupo N=1039. De los 574 casos propuestos para Jubilación, F06.7 Trastorno cognoscitivo leve obtiene mayor porcentaje en 2006 y 2009. F06.32 Trastorno depresivo orgánico obtuvo el mayor porcentaje, con cinco casos en 2004, y F06.33 Trastorno del humor mixto orgánico fue diagnosticado en 2005, 2007 y en 2009. (Tabla 160).

F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotropas

--Grupo N=1055. De los 580 funcionarios con propuesta de Jubilación, el diagnóstico F10.2 Síndrome de dependencia de alcohol, está en el 6,2% (36 casos), a los que hay que añadir 5 más de F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica (0,9%). F10.1 Consumo perjudicial de alcohol 8,3% (48 casos). F19.2 Dependencia a varias sustancias 1,0%. También dos diagnósticos F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas. En 34 casos, está referido en "abstinencia actual" el consumo de alcohol. (Tabla 77).

--Grupo N=1039. De los 574 casos del estudio estratificado con propuesta de Jubilación, la mayor prevalencia de F10.2. Dependencia de alcohol se produce en 2004 y 2008. Los 48 casos de F10.1 Consumo perjudicial de alcohol tienen porcentajes que oscilan, entre 10,4% en 2006 y el menor 6,2% en 2009. Los de F19.2 Dependencia a varias sustancias fueron diagnosticados 3 en 2009, y los otros dos en 2007 y 2008. Los casos F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas están diagnosticados en 2008 y 2009, y los de

F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica están diagnosticados 2 en 2004 y 3 en 2007. En 32 casos, está referido en “abstinencia actual” el consumo de alcohol, siendo los años de mayor porcentaje 2006 y 2009 (7 en cada uno). (Tabla 161).

F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos de ideas delirantes

--Grupo N=1055. De los 580 funcionarios con propuesta de Jubilación, destacan F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes 4,1% (24 casos), y F20 Esquizofrenia, 1,7% (10 casos). El resto de los diagnósticos tienen porcentajes del 1,0%, o inferiores. (Tabla 78).

--Grupo N=1039. De los 574 casos con propuesta de Jubilación en este grupo, F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes tuvo el mayor porcentaje diagnóstico en 2008 6,5% (6 casos). Los 10 casos de F20 Esquizofrenia se reparten homogéneamente a lo largo de los años, excepto en 2008 que no hubo ninguno. F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio, se diagnosticó en 2004, 2006 y 2007. Los 6 casos F29 Psicosis sin especificación, diagnosticados de 2006 a 2008. (Tabla 162).

F30-F39. Trastornos del humor (afectivos)

--Grupo N=1055. De los 580 casos con propuesta de Jubilación, 266, tienen diagnóstico F30-F39. Obtienen los mayores porcentajes F32 Episodios depresivos, 22,9%, seguido de F33 Trastorno depresivo recurrente 11,7%, F34 Trastorno de humor persistente 7,4%, y F31 Trastorno bipolar 3,8%, (22 casos). (Tabla 79).

--Grupo N=1039. De los 574 casos con propuesta de Jubilación en este grupo, F31 Trastorno bipolar, tiene el mayor porcentaje en 2004 con el 5,8%. F32 Episodios depresivos, tienen más prevalencia en los años 2005 y 2006 con 24 casos cada uno, F33 Trastorno depresivo recurrente, obtiene el mayor porcentaje en el año 2006, 19,8% (21 casos), y F34 Trastorno de humor persistente oscila entre 11,0% en 2005, y 3,8% en 2006. (Tabla 163).

F40-F48. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos

--Grupo N=1055. De los 580 casos con propuesta de Jubilación, 255 tienen diagnóstico F40-F48. Los porcentajes más elevados se sitúan en F41 Otros trastornos de ansiedad, con el 18,6%, seguido de F43 Reacciones a estrés grave, y trastornos de adaptación, con el 17,6%, de F42 Trastorno obsesivo compulsivo 3,1% y de F40 Trastornos de ansiedad fóbica con el 2,9%. Los F45 Trastornos somatomorfos, 9 casos (1,6%). (Tabla 80).

--Grupo N=1039. De los 574 casos con propuesta de Jubilación en este grupo. Tienen diagnóstico F40-F48, 253. El porcentaje más elevado está en F40 Trastornos de ansiedad fóbica con el 4,7% en 2006. F41 Otros trastornos de ansiedad, tiene los porcentajes que oscilan entre 19,8% y 22,5% en los años 2004, 2005 y 2007. Los 18 casos de F42 Trastorno obsesivo compulsivo, mayor prevalencia en 2004 con el 5,0%. Los 101 casos de F43 Reacciones a estrés grave, y trastornos de adaptación, tienen porcentajes entre el 20,8% y el 22,6% en los años 2005, 2006 y 2008. El único caso de F44 Trastorno disociativo está en el año 2005, y los 8 de F45 Trastornos somatomorfos, el mayor porcentaje está en el año 2007 con el 3,4%. (Tabla 164).

F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

--Grupo N=1055. De los 580 casos propuestos para Jubilación, sólo 4 tienen diagnóstico F50-F59 de los cuales, dos corresponden a F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación y otros dos a F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación. (Tabla 81).

--Grupo N=1039. De los 574 casos propuestos para Jubilación en este grupo. Tienen diagnóstico F50-F59 un total de 4 casos, los dos de F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación están diagnosticados en 2005 y 2006 y los dos de F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación en 2005 y 2007. (Tabla 165).

F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

--Grupo N=1055. De los 580 casos con propuesta de Jubilación, 203 tienen diagnóstico F60-F69. Los porcentajes más elevados: F61.0 Trastorno mixto de la personalidad 10,5%, seguido de F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación 9,1%, F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación 13 casos (2,2%), F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad, 12 casos (2,1%), y de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad 1,7% (10 casos). Los diagnósticos de F61.1 Trastorno esquizoide de la personalidad y F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite tienen porcentajes del 1,4%, y con 1,2%: F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y F60.6 Trastorno ansioso de la personalidad. Hay 6 casos con diagnóstico de F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo y otros seis de F63.8 Trastorno explosivo intermitente. El resto de los diagnósticos tiene porcentajes inferiores al 1,0%. (Tabla 82).

--Grupo N=1039. De los 574 casos con propuesta de Jubilación en este grupo, 200 tienen diagnóstico F60-F69. Los 10 casos de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad, se reparten sin destacar en ninguno de los años del estudio. F61.1 Trastorno esquizoide de la personalidad, es más diagnosticado en 2004. Los casos de F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad se reparten entre los años 2004, 2005, y 2007 a 2009. Los de F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo, se diagnosticaron de 2004 a 2006 y en 2008. El mayor porcentaje de F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad está en 2004, 2,5%. F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad, el mayor porcentaje, 4,0% en 2005. De los 52 diagnósticos de F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación, la mayor prevalencia está en 2008 con el 14,0%. Los de F61.0 Trastorno mixto de la personalidad son más diagnosticados en 2004, 10,7%, y en 2008, 14,0%. Los de F63.8 Trastorno explosivo intermitente están diagnosticados en 2004, 2005 y 2007, y los de F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación, constan con porcentajes en los diferentes años que oscilan entre 1,7% y 3,4%, excepto el año 2005 sin este diagnóstico. (Tabla 166).

Otros procesos CIE-10

--Grupo N=1055. De los 580 casos con propuesta de Jubilación, 64 (11,0%), tienen este diagnóstico. El mayor porcentaje, 4'1%, corresponde a Z91.5 Intento/s de suicidio, seguido con un 3,6% de Z63 problemas relacionados con circunstancias familiares, y un 2,4% (14 casos) con Z65.3 Problemas legales. (Tabla 83).

--Grupo N=1039. De los 574 casos con propuesta de Jubilación en este grupo, 62 (10,8%), tienen este tipo de diagnóstico. El porcentaje más elevado de Z91.5 Intento/s de suicidio, se produce en 2006 con un 9,4%; los 21 casos de Z63 Problemas relacionados con circunstancias familiares oscilan en los años 2004 a 2009 entre el 2,0% y 5,4%. Y 13 de los 14 casos con Z65.3 Problemas legales, están diagnosticados en el año 2009. (Tabla 167).

JUBILACIÓN POR IP. DIAGNÓSTICOS FÍSICOS CIE-10

--Grupo N=1055. De los 580 casos con propuesta de Jubilación y, con diagnóstico de Enfermedades y Lesiones, el Tribunal Médico ha emitido en sus dictámenes 501 diagnósticos de este tipo. Destaca el porcentaje del 21,4% de Enfermedades del Sistema osteomuscular, seguido de Traumatismos con el 13,8%, Enfermedades del Sistema circulatorio, 12,4%, Enfermedades del sistema nervioso 7,9%, Enfermedades Endocrinas 6,0% y Enfermedades del oído y del Sistema digestivo con el 5,3% cada una. En el resto, los porcentajes son inferiores al 5,0%. (Tabla 84).

--Grupo N=1039. De los 574 casos con propuesta de Jubilación en este grupo, y con diagnóstico de Enfermedades y Lesiones, el Tribunal Médico ha emitido en sus dictámenes 491 diagnósticos de este tipo en los años 2004 a 2009. Las Enfermedades Endocrinas, 35 casos, tienen los porcentajes más elevados en los años 2004 (5,8%), 2007 (6,7%) y 2008, (7,5%). Las Enfermedades del sistema nervioso, tienen el mayor prevalencia en 2004 con el 10,7%. Los diagnósticos de Enfermedades del oído, de 9,0% en 2007. En las Enfermedades del Sistema circulatorio los porcentajes más elevados están en los años 2004 a 2007, de 13,2% a 14,6%. Los de Enfermedades del Sistema digestivo están de 2004 a 2006 (5,7% a 6,0%). Las Enfermedades del Sistema osteomuscular 29,2% y Traumatismos 20,8%, tienen los mayores porcentajes en el año 2006. (Tabla 168).

¿QUÉ DIAGNÓSTICOS CIE-10 SE HAN EMITIDO EN LA PROPUESTA DE JUBILACIÓN POR IP PARA EL SERVICIO?

De los 574 casos propuestos para Jubilación por IP, tienen más prevalencia:

Diagnósticos psiquiátricos

F00-F09. 7 casos F06.7 Trastorno cognoscitivo leve; 8 de F06.32 Trastorno depresivo orgánico, y 4 de F06.33 Trastorno del humor mixto orgánico.

F10-F19. 20 casos F10.2 Trastorno de dependencia de alcohol (6,1%), 48 de F10.1 Consumo perjudicial de alcohol (8,4%), 5 de F19.2 Síndrome de dependencia de varias sustancias psicotropas (0,9%). Dos de F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas (0,3%), y 5 de F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica.

F20-F29. F20 Esquizofrenia 1,7%; F21 Trastorno esquizotípico 0,3%. 24 casos de F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes (4,2%); 6 de F23 Trastorno psicótico agudo y transitorio (1,0%); 3 de F25 Trastorno esquizoafectivo (0,5%), y 6 de F29 Psicosis sin especificación (1,0%).

F30-F39. F31 Trastorno bipolar 3,8%. Los mayores porcentajes los encontramos en F32 Episodios depresivos 23,0%, seguido de F33 Trastorno depresivo recurrente 11,8%, y F34 Trastorno del humor persistente con el 7,3%

F40-F48. F40 Trastorno de ansiedad fóbica tiene el 2,8%. Los mayores porcentajes corresponden a: F41 Otros trastornos de ansiedad 18,8%, seguido de F43 Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación 17,6%, y F42 Trastorno obsesivo compulsivo 3,1%, F45 Trastornos somatomorfos 1,6%, y F44 Trastorno disociativo 0,2%.

F50-F59. Dos casos de F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación y dos de F51.9 Trastorno no orgánico del sueño sin especificación.

F60-F69. Los porcentajes obtenidos: F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad 1,7%; F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad 1,4%; F60.2 Trastorno disocial de la personalidad 0,2%; F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad 1,2%; F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo 1,0%; F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite 1,4%; F50.5 Trastorno anancástico de la personalidad 2,1%; F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad 1,0%; F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad 0,2%; F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

9,1%; F61.0. Trastorno mixto de la personalidad 10,6%; F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica 0,5%; F63.0 Ludopatía 0,5%; F63.8 Trastorno explosivo intermitente 1,0%; y F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación 2,1%.

Otros procesos CIE: Z56.7 Problema laboral 0,7%; Z63 Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares 3,7%; Z91.5 Intento de suicidio 3,8%; Z65.3 problemas legales 2,4%, y G31.2 Encefalopatía alcohólica. (0,2%).

Diagnóstico de enfermedades y lesiones

En el grupo estratificado N=1039, de los 574 casos propuestos para Jubilación, la mayor prevalencia está en: (M00-M99) Sistema osteomuscular con el 21,4%, seguidas de (S00-T98) Traumatismos 13,6%, (I00-I99) Enfermedades del sistema circulatorio 12,4%, (G00-G99) Enfermedades del sistema nervioso 7,8%, (E00-E90) Enfermedades endocrinas 6,1%, (H60-H95) Enfermedades del oído 5,4%, y (K00-K93) Enfermedades sistema digestivo 5,2%. Resto con porcentajes inferiores al 5,0%.

DIAGNÓSTICOS QUE CONSTAN EN LA PROPUESTA DE JUBILACIÓN POR IP, Y NO EN LA PROPUESTA DE SEGUNDA ACTIVIDAD.

No existe en el Cuerpo Nacional de Policía un “cuadro médico” o “protocolos de actuación” en que consten enfermedades y lesiones y en los que el Tribunal Médico pueda apoyar su decisión en la Propuesta del Dictamen emitido. Sí hay un Cuadro Médico de exclusiones, pero es para los aspirantes al ingreso en el Cuerpo. Únicamente consta en la normativa:

Son causa de propuesta de pase a **Segunda actividad** todas aquellas enfermedades, anomalías o lesiones que originen una incapacidad permanente parcial, entendiendo como tal la que ocasiona una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión sin impedirle la realización de tareas fundamentales de la misma, pero teniendo en cuenta su evolución y repercusión sobre la conducta

Son causa de propuesta de **Jubilación** todas aquellas enfermedades, anomalías o lesiones que originen una incapacidad permanente total (le inhabilita para la realización de todas o de las fundamentales tareas de la profesión), absoluta (le inhabilita para toda profesión u oficio) o gran invalidez

(necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida, vestirse, desplazarse, comer...).

Los resultados obtenidos en este estudio aportan la siguiente información sobre los diagnósticos psiquiátricos que se han emitido únicamente en las propuestas de Jubilación y no en las de Segunda actividad y son:

F10-F19. F19.5 Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples drogas y F10.25 Síndrome de dependencia de alcohol con consumo continuo y repercusión orgánica.

F20-F29. F20 Esquizofrenia, F21 Trastorno esquizotípico, F25 Trastorno esquizoafectivo y F29 Psicosis sin especificación.

F30-F39. F31 Trastorno bipolar

F40-F48. F42 Trastorno obsesivo compulsivo, y F44 Trastorno dissociativo.

F60-F69. F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad, F60.2 Trastorno disocial de la personalidad, F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo, F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad, F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad, F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica, F63.0 Ludopatía, y F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

Otros procesos CIE. G31.2 Encefalopatía alcohólica.

En cuanto al Diagnóstico de enfermedades y lesiones.

En las propuestas de Jubilación los porcentajes más elevados están en: (M00-M99) Sistema osteomuscular, seguidos de: (S00-T98) Traumatismos, (I00-I99) Enfermedades del sistema circulatorio, (G00-G99) Enfermedades del sistema nervioso, (E00-E90) Enfermedades endocrinas, (H60-H95) Enfermedades del oído, y (K00-K93) Enfermedades sistema digestivo. El resto de las enfermedades obtienen menores porcentajes.

En las propuestas de Segunda actividad, los porcentajes más elevados están en Sistema osteomuscular seguido de Sistema circulatorio, Traumatismos, Sistema nervioso, Enfermedades del oído y Enfermedades endocrinas.

15.3.10 Informes de Causalidad

El funcionario con arreglo a la legislación vigente, solicita mediante una instancia que se promueva la incoación de un Expediente de Averiguación de Causas determinantes y circunstancias que concurrieron en la jubilación, a fin de determinar si la incapacidad causa de su jubilación es consecuencia de acto de servicio o con ocasión del mismo. Para ello se nombra Instructor y Secretario, notificándosele al funcionario con el nº de expediente plazo de resolución...El Sr. Instructor a la vista de la documentación aportada, y del curso de sus averiguaciones puede solicitar al Servicio Sanitario la realización de un Informe médico de Causalidad.

Grupo N=1055. Han solicitado informes de Causalidad, un total de 185 funcionarios (17,54%). No se ha encontrado relación Causa-Efecto en 146 (78,92%), y si se ha considerado que había relación causal entre la patología presentada por la que ha pasado a la situación administrativa de Jubilación por IP, y el trabajo desempeñado, en 39 casos (21,08%).

15.4 Datos de población general, población policial del CNP e Incapacidades 2004-2009

Tabla 169. Tribunal Médico de la DGP y Propuestas de Incapacidad. Años 2004 a 2009.

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Total |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|-------------|
| Nº Tribunales | 118 | 95 | 85 | 87 | 69 | 72 | 526 |
| Nº Expedientes | 940 | 801 | 731 | 692 | 660 | 521 | 4345 |
| Total Jubilación | 376 | 383 | 345 | 287 | 280 | 214 | 1885 |
| Jubilación IP Total | 258 | 269 | 227 | 190 | 168 | 142 | 1254 |
| Jubilación IP Absoluta | 102 | 89 | 97 | 84 | 86 | 58 | 516 |
| Gran Invalidez | 16 | 25 | 21 | 13 | 26 | 14 | 115 |
| Total Segunda A. | 186 | 168 | 167 | 196 | 186 | 122 | 1025 |

Fuente: Memorias anuales del Tribunal Médico de la DGP

Tabla 170. Jubilación por IP y Segunda actividad de causa Psiquiátrica, Mixta y Física. Años 2004 a 2009

| Año | Jub. IP Psíquica | Jub. IP Mixta | Jub. IP Física | Total Jub. IP | Seg. Activ. Psíquica | Seg. Activ. Mixta | Seg. Activ. Física | Total Seg. Activ. |
|-------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 2004 | 68 | 53 | 255 | 376 | 42 | 26 | 118 | 186 |
| 2005 | 49 | 51 | 283 | 383 | 26 | 35 | 107 | 168 |
| 2006 | 47 | 59 | 239 | 345 | 29 | 37 | 101 | 167 |
| 2007 | 47 | 42 | 198 | 287 | 34 | 43 | 119 | 196 |
| 2008 | 54 | 39 | 187 | 280 | 50 | 22 | 114 | 186 |
| 2009 | 36 | 29 | 149 | 214 | 32 | 13 | 77 | 122 |
| Total | 301 | 273 | 1311 | 1885 | 213 | 176 | 636 | 1025 |

Fuente: Memorias anuales del Tribunal Médico de la DGP

Tabla 171. Media de: Población activa, Población general en IP, Total del CNP en activo y Jubilados CNP por IP de 2004 a 2009

| Años | Población activa | Población general IP | Tasa de jubilaciones por 1000 Pob. general | Total CNP | CNP Jubilación IP | Tasa de jubilación por 1000 CNP | Riesgo Relativo |
|------|------------------|----------------------|--|-----------|-------------------|---------------------------------|-----------------|
| 2004 | 16.852.500 | 816.097 | 48,42 | 47.473 | 376 | 7,92 | 6,11 |
| 2005 | 18.388.600 | 832.789 | 45,28 | 48.965 | 383 | 7,82 | 5,79 |
| 2006 | 18.713.200 | 859.780 | 45,94 | 51.152 | 345 | 6,74 | 6,81 |
| 2007 | 18.889.100 | 888.776 | 47,05 | 53.405 | 287 | 5,37 | 8,76 |
| 2008 | 19.130.600 | 906.835 | 47,40 | 54.550 | 280 | 5,13 | 9,23 |
| 2009 | 19.377.000 | 920.863 | 47,52 | 59.110 | 214 | 3,62 | 13,12 |

Fuente: Encuestas de Población Activa (EPA) Instituto Nacional de Estadística (INE).
Población general IP: PEN Pensiones contributivas del Sistema de la SS.
Total miembros CNP, Fichero SIGESPOL,
CNP Jubilación por IP, Memorias del Tribunal Médico de la DGP

Media de efectivos por año en el periodo 2004-2009: **54.235**

Tabla 172. Tasa de jubilaciones en el periodo 2004-2009 en el CNP

| Total Jubilación. 1885 | IP Psiquiátrica. 301 | IP Mixta 273 | IP Física 1311 |
|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|
| % total Jubilación | 15,96 | 14,48 | 69,54 |
| Media 2004-2009 | 50,16 | 45,50 | 218,50 |
| Por 10.000 policías | 9, 24 | 8,38 | 40,28 |

Tabla 173. Tasa de pase a Segunda Actividad en el periodo 2004-2009 en el CNP

| Total Segunda actividad 1025 | Psiquiátrica 213 | Mixta 176 | Física 636 |
|------------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| % Segunda actividad | 20,78 | 17,17 | 62,04 |
| Media 2004-2009 | 35,50 | 29,33 | 106,00 |
| Por 10.000 Policías | 6,54 | 5,40 | 19,54 |

15.5 Comparación con la población general

SER POLICÍA. ¿TIENE MÁS CAUSAS DE RIESGO DE JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE?

Uno de los objetivos de este estudio es, que al ser la Policía una población expuesta al riesgo, es importante valorar si los policías tienen más causas de riesgo de llegar a Jubilación por Incapacidad Permanente.

Se ha utilizado test de la Chi cuadrado de Pearson con el propósito específico de comparar con la población general que está en situación de Incapacidad Permanente, la población de funcionarios del CNP que tras ser valorados por el Tribunal Médico de la DGP y propuestos para un cambio de situación administrativa, por Resolución del Director General de la Policía, han pasado a Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio.

Ambos grupos, policías del CNP, y población general, están en situación de Incapacidad Permanente, total, absoluta o con gran invalidez para el trabajo.

Esta comparación se ha realizado en los seis años del estudio 2004 a 2009.

Diferencias de IP entre la Población general y el CNP.

En cuanto a la proporción de individuos que llegan a la IP, se ha observado diferencias significativas entre la Población general y el CNP en todos los años 2004-2009. En proporción, hay más individuos de la Población general que llegan a IP que el CNP durante todos estos años.

Tabla 174. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2004

| | | | | | Total |
|-------|----------|--|-------------------|-------|----------|
| | | | Población general | CNP | |
| IP No | Recuento | | 16852500 | 47473 | 16899973 |
| | % | | 95,4 | 99,2 | 95,4 |
| Si | Recuento | | 816097 | 376 | 816473 |
| | % | | 4,6 | 0,8 | 4,6 |
| Total | Recuento | | 17668597 | 47849 | 17716446 |
| | % | | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(Chi-cuadrado de Pearson=1594,871; Sig. asintótica (2 caras)=0.000)

Tabla 175. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2005

| | | | | | Total |
|-------|----------|--|-------------------|-------|----------|
| | | | Población general | CNP | |
| IP No | Recuento | | 18388600 | 48965 | 18437565 |
| | % | | 95,7 | 99,2 | 95,7 |
| Si | Recuento | | 832789 | 383 | 833172 |
| | % | | 4,3 | 0,8 | 4,3 |
| Total | Recuento | | 19221389 | 49348 | 19270737 |
| | % | | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(Chi-cuadrado de Pearson=1505,078; Sig. asintótica (2 caras)=0.000)

Tabla 176. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2006

| | | | | | Total |
|-------|----|----------|-------------------|-------|----------|
| | | | Población general | CNP | |
| IP | No | Recuento | 18713200 | 51152 | 18764352 |
| | | % | 95,6 | 99,3 | 95,6 |
| | Si | Recuento | 859780 | 345 | 860125 |
| | | % | 4,4 | 0,7 | 4,4 |
| Total | | Recuento | 19572980 | 51497 | 19624477 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(Chi-cuadrado de Pearson=1698,512; Sig. asintótica (2 caras)=0.000)

Tabla 177. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2007

| | | | | | Total |
|-------|----|----------|-------------------|-------|----------|
| | | | Población general | CNP | |
| IP | No | Recuento | 18889100 | 53405 | 18942505 |
| | | % | 95,5 | 99,5 | 95,5 |
| | Si | Recuento | 888776 | 287 | 889063 |
| | | % | 4,5 | 0,5 | 4,5 |
| Total | | Recuento | 19777876 | 53692 | 19831568 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(Chi-cuadrado de Pearson=1960,217; Sig. asintótica (2 caras)=0.000)

Tabla 178. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2008

| | | | | | Total |
|-------|----|----------|-------------------|-------|----------|
| | | | Población general | CNP | |
| IP | No | Recuento | 19130600 | 54550 | 19185150 |
| | | % | 95,5 | 99,5 | 95,5 |
| | Si | Recuento | 906835 | 280 | 907115 |
| | | % | 4,5 | 0,5 | 4,5 |
| Total | | Recuento | 20037435 | 54830 | 20092265 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(Chi-cuadrado de Pearson=2044,750; Sig. asintótica (2 caras)=0.000)

Tabla 179. Diferencias de IP entre la Población general y el CNP. Año 2009

| | | | | | Total |
|-------|----|----------|-------------------|-------|----------|
| | | | Población general | CNP | |
| IP | No | Recuento | 19377000 | 59110 | 19436110 |
| | | % | 95,5 | 99,6 | 95,5 |
| | Si | Recuento | 920863 | 214 | 921077 |
| | | % | 4,5 | 0,4 | 4,5 |
| Total | | Recuento | 20297863 | 59324 | 20357187 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(Chi-cuadrado de Pearson=2387,910; Sig. asintótica (2 caras)=0.000)

15.6 Riesgo según del perfil laboral en el CNP

¿TIENEN MÁS CAUSAS DE RIESGO LOS POLICÍAS EN RAZÓN DE SU PUESTO DE TRABAJO O DESTINO?

Es otro de los objetivos de esta investigación es valorar si los policías tienen más causas de riesgo de llegara ser valorados por el Tribunal Médico de la DGP con propuesta de cambio de situación administrativa, y haber pasado a Jubilación por IP, o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica o mixta psiquiátrica y física, en razón de su puesto de trabajo.

Para ello se han elegido seis tipos de puestos de trabajo y destino considerados de interés, aplicando en estos grupos, como prueba útil sobre factores de riesgo el test de la Chi cuadrado de Pearson. Se comparan así variables cualitativas enfermos con sanos, y pertenecer o no a un puesto de trabajo.

Para investigar el riesgo, se ha comparado la media de la población total del CNP en los seis años de estudio, la media de total de funcionarios que ocupan ese puesto de trabajo, y la media de los que ocupando ese puesto han sido propuestos para cambio de situación administrativa por patología psiquiátrica o mixta.

Se ha realizado, comparando la media de la población total del CNP de enero 2004 a febrero 2010 (N=54.051), con la media de los funcionarios que, en esos años, ocupaban los puestos de trabajo y destinos siguientes:

Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana, Media 2496; Investigador Escala Básica, Media 2607; Jefe de Equipo Operativo, Media 2277; Investigador Inspector, Media 721. Personal Operativo Policía, Media 15.075 y Personal ODAC, Media 1377

Tabla 180. Riesgo de incapacidad en las Brigadas Provinciales de Seguridad Ciudadana

| | | Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana | | No BPSC | Total |
|-----------------|-------------|---|-------|---------|-------|
| Tribunal Médico | No Recuento | 2428 | 51202 | 53630 | |
| | % | 97,3 | 99,3 | 99,2 | |
| | Si Recuento | 68 | 353 | 421 | |
| | % | 2,7 | 0,7 | 0,8 | |
| Total | | 2496 | 51555 | 54051 | |
| | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | |

Se ha observado diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson=128,157; Sig. asintótica (2 caras)=0.000), hay más proporción de individuos de la Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana que tras ser valorados por el Tribunal Médico, han pasado a Jubilación por IP o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta, que el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP.

Tabla 181. Riesgo de incapacidad en los Investigador de la Escala Básica

| | | Investigador Escala Básica | No Investigador E. Básica | Total |
|--------------------|-------------|-------------------------------|------------------------------|-------|
| | | | | |
| Tribunal Médico | No Recuento | 2605 | 51025 | 53630 |
| | % | 99,9 | 99,2 | 99,2 |
| | Si Recuento | 2 | 418 | 420 |
| | % | 0,1 | 0,8 | 0,8 |
| Total | Recuento | 2607 | 51443 | 54050 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Se ha observado diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson=17,425; Sig. asintótica (2 caras)=0.000), hay menos proporción de individuos que pertenecen a Investigador de Escala Básica que tras ser valorados por el Tribunal Médico, han pasado a Jubilación por IP o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta, que el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP.

Tabla 182. Riesgo de incapacidad en Jefe de Equipo Operativo

| | | Jefe de Equipo Operativo | No Jefe E. Operativo | Total |
|-----------------|-------------|--------------------------|----------------------|-------|
| Tribunal Médico | No Recuento | 2272 | 51358 | 53630 |
| | % | 99,8 | 99,2 | 99,2 |
| | Si Recuento | 5 | 415 | 420 |
| | % | 0,2 | 0,8 | 0,8 |
| Total | Recuento | 2277 | 51773 | 54050 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Se ha observado diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson=9,582; Sig. asintótica (2 caras)=0.002), hay menos proporción de individuos que pertenecen a Jefe de Equipo Operativo que llegan al Tribunal Médico que tras ser valorados por el Tribunal Médico, han pasado a Jubilación por IP o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta, que el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP.

Tabla 183. Riesgo de incapacidad en Investigador Inspector

| | | | | Total |
|-----------------|-------------|------------------------|---------------------------|-------|
| | | Investigador Inspector | No Investigador Inspector | |
| Tribunal Médico | No Recuento | 718 | 52912 | 53630 |
| | % | 99,6 | 99,2 | 99,2 |
| | Si Recuento | 3 | 418 | 421 |
| | % | 0,4 | 0,8 | 0,8 |
| Total | Recuento | 721 | 53330 | 54051 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

No se ha observado diferencias significativas entre la proporción de individuos que pertenecen a Investigador Inspector y el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP, que tras ser valorados por el Tribunal Médico, han pasado a Jubilación por IP o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta. (Chi-cuadrado de Pearson=1,245; Sig. asintótica (2 caras)=0.265.

Tabla 184. Riesgo de incapacidad en Personal Operativo Policía

| | | | | Total |
|-----------------|-------------|----------------------------|-------------------------------|-------|
| | | Personal Operativo Policía | No Personal Operativo Policía | |
| Tribunal Médico | No Recuento | 14978 | 38652 | 53630 |
| | % | 99,3 | 99,2 | 99,2 |
| | Si Recuento | 99 | 322 | 421 |
| | % | 0,7 | 0,8 | 0,8 |
| Total | Recuento | 15077 | 38974 | 54051 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Se ha observado diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson=4,044; Sig. asintótica (2 caras)=0.044), hay menos proporción de individuos que pertenecen a Personal Operativo Policía que tras ser valorados por el Tribunal Médico, han pasado a Jubilación por IP o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta, que el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP.

Tabla 185. Riesgo de incapacidad en Personal ODAC

| | | | | Total |
|-----------------|-------------|---------------|------------------|-------|
| | | Personal ODAC | No Personal ODAC | |
| Tribunal Médico | No Recuento | 1375 | 52255 | 53630 |
| | % | 99,8 | 99,2 | 99,2 |
| | Si Recuento | 3 | 418 | 421 |
| | % | 0,2 | 0,8 | 0,8 |
| Total | Recuento | 1378 | 52673 | 54051 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

(ODAC: Oficinas de Denuncias y Atención al Ciudadano)

Se ha observado diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson=5,762; Sig. asintótica (2 caras)=0.016), hay menos proporción de individuos que pertenecen a Personal ODAC que tras ser valorados por el Tribunal Médico han pasado a Jubilación por IP o a Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta, que el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP.

16 DISCUSIÓN.

Limitaciones en la investigación:

Se ha realizado un estudio retrospectivo de funcionarios del CNP de España de todas las edades, escalas, categoría, plaza y puestos de trabajo, que han pasado a la situación administrativa de Jubilación por IP para el servicio, y que ha tenido como base los Expedientes Clínico-laborales y Dictámenes emitidos por el Tribunal Médico de la DGP con diagnósticos y tipo de Incapacidad propuesto.

Era necesario disponer de un grupo control en la población general, a fin de comparar las IP de ambos grupos (funcionarios del CNP y población general).

La principal limitación y la más importante, ha venido impuesta por la dificultad de obtener datos precisos de diagnósticos psiquiátricos causantes de la IP en la población general.

No se tiene constancia, o al menos no ha sido posible encontrar en la investigación documental llevada a cabo, la existencia de un Registro a nivel nacional que contenga información sobre IT ni sobre IP por contingencias comunes, en el que consten los diagnósticos de los Trastornos mentales padecidos, ni de otras enfermedades, que han llevado a los trabajadores a este tipo de incapacidad laboral permanente.

La MCVL (Muestra Continua de Vidas Laborales) que es una importante Base de datos administrativa construida sobre registros que generan todos los contactos con la SS y otra serie de datos; fue iniciada en el año 2004 y consta del 4% de los afiliados a la Seguridad Social (1,1 millones). Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Estadística, Presupuestos y Estudios. No quedan en ella registrados los diagnósticos médicos, ni el motivo médico de la IP, y aun siendo una Base de datos muy utilizada en estudios de investigación de salud pública, no procedía su uso en esta Tesis.

No se ha podido llegar a comprobar, por las limitaciones antedichas, la hipótesis inicial de que la prevalencia de las patologías psiquiátricas en los

funcionarios del CNP en IP tiene la misma prevalencia que en la población general.

En las diversas estadísticas contrastadas, INSS, MCVL, PEN, Sistema Pensiones Contributivas de la Seguridad Social (Ministerio de Empleo y SS. Estadísticas), tampoco figuran diagnósticos. Así, en las estadísticas de Pensiones por IP únicamente consta el número de personas en esta situación y en sus diferentes grados, regímenes, CCAA y Provincias, sexo, grupos de edades, tramos de cuantías, todo ello por contingencias comunes, pero nunca los diagnósticos que han llevado a la situación de IP.

Si existen, como hemos visto, estudios realizados por algunos investigadores y por las Mutuas, que además de las Enfermedades Profesionales, Accidentes de Trabajo y control de Incapacidad Temporal, realizan propuestas de Incapacidad Permanente, por contingencias comunes. En algunas investigaciones constan datos con diagnósticos pero al tener que elevarse estas propuestas al Director Provincial del INSS en cada CCAA, se desconoce si estos trabajadores propuestos para IP, son dados de alta, si se les prorroga el tiempo de IT, o si pasan a IP.

Y si ya es difícil llegar a conclusiones claras en cuanto a diagnósticos emitidos de IT, por la descentralización de la Sanidad en el territorio nacional, mucho más lo es con las IP. No se cuenta con una Base de Datos Oficial que informe sobre las diversas patologías, y entre ellas la de Trastornos mentales, en la población general, por las que los trabajadores han llegado a la situación de IP.

Dada la ausencia de Registros Oficiales de información de enfermedades de la población general de España y teniendo en cuenta que la OMS recomienda el uso de los Registros de pacientes para realizar estudios de efectividad clínica, monitorizar la seguridad de ciertas intervenciones... y realizar estudios epidemiológicos, el día 9 de septiembre de 2015 el pleno del Senado, ha dado luz verde a una moción en la que insta al Gobierno que acuerde con las CCAA la creación de un Registro Nacional de Pacientes para controlar el alcance estadístico de enfermedades... Dicho registro se convertiría en una herramienta básica para la investigación clínica. En el ámbito epidemiológico permitiría obtener “estadísticas fiables” sobre el número de personas afectadas de determinadas enfermedades. El Registro sería del Sistema Nacional de Salud (SNS) y los servicios autonómicos sin que se

podría ceder a empresas privadas ni externalizarse su procesamiento, y además toda la información deberá resguardar la privacidad de datos.

Como punto de partida nos vamos a referir a un destacado estudio de Salud Laboral, realizado en el CNP. Se trata de la “Encuesta de Salud” llevada a cabo en el año 1988 para tratar de conocer el estado de salud en los funcionarios policiales, Muñoz (106) con una muestra de 1792 funcionarios de todas las escalas y categorías (el 80% pertenecía a la Escala básica). Es una referencia importante en estudios de Salud Laboral, y más en la Policía.

En los resultados de esta Encuesta dice sobre el estado de salud mental de los policías y de su posible relación con factores estresantes, que si bien no existen diferencias significativas extrapolando los resultados a la población general, sí se podrían observar ciertas connotaciones a la salud mental, y como factor relevante, “el desarraigo que pueden tener policías destinados lejos de sus lugares de origen” y constituye el “principal factor de vulnerabilidad frente a los posibles factores estresantes asociados a la profesión de policía”.

Los problemas de salud mental, con prevalencia global del 4'6% eran considerados semejante a la de la población general, aunque en algunas regiones policiales, problemas psíquicos como la Depresión, y la Ansiedad, eran elevados: País Vasco, Oviedo y, Madrid.

Calvé (26), sobre la misma muestra concluye que: “Las quejas expresadas en relación al padecimiento de síntomas psiquiátricos inespecíficos... y la propia autopercepción de padecer “problemas de nervios” suponen porcentajes que doblan al encontrado para la prevalencia probable de trastornos psiquiátricos. En el segundo de los casos representa un 17'4% del total de los sujetos estudiados y es superior a la que se suele encontrar en la población general de igual sexo y edad”.

En esta Encuesta no incluyeron los Servicios Centrales ni Canarias ni Baleares, y los funcionarios están en servicio activo, es decir trabajando. Utilizaron como instrumento de screening, de medida para la detección de posibles trastornos psiquiátricos el cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire, Goldberg, 1972) en la versión de 12 ítems. El desarraigo era efectivamente en el año 1988, un factor de vulnerabilidad en función de la estructura del CNP.

En la población general, Bones et al. 2010, realizaron una investigación (22) cuyo objetivo era conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud, con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29.476 personas de 16 a 64 años. El instrumento de cribado de problemas de salud mental utilizado es el General Health Questionnaire (GHQ-12). Los resultados indican que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%) y que las variables más asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son estar separado o divorciado, ser inmigrante, o estar desempleado.

De nuestro estudio, forman parte funcionarios policiales pertenecientes a todo el territorio nacional, están de baja laboral, y han sido propuestos para ser reconocidos por el Tribunal Médico de incapacidades de la DGP, “refirieron” en sus antecedentes personales, haber tenido alguna patología mental en el 32,7% de los casos. Los resultados obtenidos por Bones en la población general estimamos que por diferencias metodológicas, no pueden compararse.

En la Encuesta de Salud de la DGP la autopercepción de “problemas de nervios”, al igual que en nuestro estudio, la prevalencia de los antecedentes “referidos” de trastorno mental, (aunque la situación laboral es diferente) no influyen ni la edad, ni el estado civil.

Una cuestión de interés con la que nos hemos encontrado en nuestra investigación, es la de los diagnósticos emitidos por diferentes psiquiatras que han tratado a los funcionarios, e incluso en el Dictamen del Tribunal Médico de la DGP, quedan enmarcados en el capítulo “Otros procesos del CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento”, sobre todo el Capítulo XXI Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, los códigos Z.

Estos diagnósticos del tipo: Z56.7 Problema laboral; Z63 Problemas relacionados con el grupo de apoyo (incluidas circunstancias familiares; Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales; Z73 Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida; Z73.3 Estrés no clasificado en otra parte; Z91.5 Intento de suicidio; y Z63.0, Problemas en relación entre esposos o pareja, están junto a los de trastorno mental y/o enfermedades y lesiones.

En nuestra opinión, el asunto radica, en gran parte, además de la posible existencia de rasgos anómalos de la personalidad, adicciones, enfermedades físicas y/o psiquiátricas... en los problemas del día a día de la vida, con referencia a conflictos, situaciones complicadas de la vida familiar, problemas económicos, sociales, o el estrés en el trabajo, circunstancias que los funcionarios nos describen en términos como tristeza, ansiedad, angustia, nerviosismo, depresión, fallos de memoria, dolor... de forma habitual en nuestras las consultas.

Y es aquí donde pueden surgir las dificultades para delimitar la presencia o no de patología psiquiátrica, y más todavía si hay comorbilidad con patologías somáticas o dolencias físicas inespecíficas. Al peso de factores sociales, laborales o familiares, puede unirse todavía algo más y es, si la persona a la que se está valorando, busca ganancias secundarias o resarcimiento.

Las características individuales, socio-personales, familiares y laborales, siempre se han tenido en cuenta en nuestro Tribunal Médico con motivo de la valoración en la Incapacidad, por ir unidas a la evaluación médica física y/o psíquica.

Ahora bien: ¿Qué peso tienen los antecedentes, las adicciones, el estrés... y hasta qué punto repercuten en el diagnóstico clínico y en el nivel de funcionamiento laboral, que va a llevar a un funcionario a una Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio o a una Segunda actividad?

Comencemos con los antecedentes familiares y personales ¿Qué influencia han tenido en las patologías que actualmente presentan?

Creemos que la fiabilidad de los datos “referidos”, debe ser tomada con cautela, y además no son recogidos en muchos de los Informes Clínicos estudiados, porque o no se preguntan, o se niegan. No obstante estimo que el suicidio de un familiar directo padres o hermanos ha podido influir en el funcionario que lo ha sufrido por ser un acontecimiento altamente estresante, al que la persona puede responder con duelo, irritabilidad, rabia, agresividad, sentimiento de culpa, o asumir conductas de riesgo , alcohol, o estar más expuesto al desarrollo de psicopatología.

Nierenberg et al. (108), realizaron un estudio con 4001 pacientes tratando de conocer si los pacientes con un familiar que consumió el suicidio, que fueron 142, un 3,5%, difieren de los que no, mediante el ensayo multicéntrico STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression). En los resultados consta que: “Entre los pacientes con antecedentes familiares de suicidio fue más probable identificar antecedentes familiares de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o cualquier trastorno del humor y trastorno mental por consumo de sustancias, pero no pensamientos suicidas, comparados con aquellos sin dichos antecedentes. El grupo con antecedentes de suicidio de un familiar, manifestó una visión más pesimista del futuro y el trastorno depresivo mayor, se inició a una edad más temprana”. Concluyen que: los pacientes con trastorno depresivo mayor con antecedentes de un suicidio consumado en la familia se asociaron con diferencias clínicas mínimas en la presentación transversal de pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor y sin antecedentes familiares de suicidio consumado.

En nuestro estudio, un 1,61% de los funcionarios refirieron en los antecedentes familiares, el suicidio de un familiar, padre, madre o hermano. Desconocemos qué edad tenía el ahora funcionario cuando ocurrió el fallecimiento, y en esto coincidimos con el estudio de Nierenberg, En nuestra investigación no nos referimos a antecedentes psiquiátricos familiares asociados, y sólo a trastorno depresivo mayor como hace Nierenberg, sino a los trastornos mentales diagnosticados a estos policías. Nos encontramos que constan con la misma prevalencia dos patologías: los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad, seguidos de esquizofrenia y abuso de alcohol, y aunque en mínima proporción aparece también: trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y del control de los impulsos, problemas relacionados con circunstancias familiares y psicosociales, y un caso de “intento de suicidio”.

Consideramos, también que son relevantes los antecedentes “referidos” por los funcionarios de su infancia y adolescencia en los que destaca: la conflictiva familiar grave en la familia de origen con violencia o maltrato, esto es ser testigo de la violencia o sufrir la violencia. Consta en los numerosos estudios sobre el tema, y que compartimos, que puede poner en riesgo la salud emocional, con efectos psicológicos negativos, pueden interiorizar roles de conductas violentas, problemas de personalidad, depresivos, vulnerabilidad en función de la edad en que ha sido receptor o testigo.

Creemos que es difícil abordar la investigación de los acontecimientos vitales estresantes cuando se hace referencia al entorno socio-familiar ¿cómo valorar lo que el funcionario “refiere” sobre conflictos de pareja, separación conyugal, dificultades con la familia de origen o con los hijos? ¿Y un clima sin cohesión, desavenencias familiares o con violencia?

Si hay estudios como el de Wang et al. 2007, que describen que los afectados por enfermedades mentales, parecen tener más problemas laborales y, mayor conflictiva familiar. En la investigación sobre: Conflicto trabajo-familia y los trastornos mentales en los Estados Unidos, casi el 17% de los 4553 participantes había tenido algún tipo de trastorno mental en el último mes: 4,4%, trastornos del ánimo; el 10,2%, de ansiedad, y el 6,2% problemas de drogas. Según los autores, aquellos con trastornos mentales eran más propensos a reunir altas calificaciones en la evaluación de los conflictos laborales y familiares. (163).

En nuestro estudio los problemas relacionados con circunstancias socio familiares (Z63), tienen el 4,1% de prevalencia en el dictamen del Tribunal Médico, y son comórbidos, como en el estudio de Wang, con trastornos de ansiedad y con los del estado de ánimo.

Entre los Acontecimientos Vitales Estresantes que van actuando a lo largo de un “continuum”, está el ESTRÉS.

Destacamos que: en el Cuadro de Exclusiones al acceso a la carrera policial, es donde constan las condiciones psicofísicas exigibles, previas al ingreso en el CNP, además, los aspirantes tienen que aprobar unas pruebas selectivas, seguir posteriormente en la Escuela de Policía de Ávila los cursos de Formación y, aprobarlos antes de jurar el cargo. Todo ello para el cumplimiento de las funciones encomendadas a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, ya que las situaciones, alguna, límite, a las que se tienen que enfrentar, exigen unas condiciones que no son imprescindibles a otros funcionarios de la administración.

Los policías han tenido que superar un proceso selectivo y formativo. Están preparados para enfrentarse a situaciones críticas, y el grado de autocontrol y equilibrio, la preparación táctica, física y psicológica les ayuda, en su día a día de trabajo.

Pero, en nuestra experiencia, acontecimientos vitales, condiciones de vida difíciles, enfermedades físicas, conflictos laborales, relaciones interpersonales en el trabajo, a veces tensas, con Jefes, compañeros o subordinados, problemas legales, situaciones judicializadas, estar pendientes de Juicios, demandas o resarcimientos), tener abiertos Expedientes disciplinarios, o tener problemas familiares que se proyectan en lo laboral, unido a factores personales entre los que se encuentran rasgos de la personalidad, y las condiciones de trabajo, pueden confluir en un riesgo psicopatológico en cuya base está el estrés

El estrés laboral lo sufre un trabajador cuando se ve sometido a diversos factores externos, que superan su capacidad para enfrentarse a ellos. La profesión de Policía es extremadamente estresante. Cuando los Policías se ven confrontados con demandas propias de su trabajo, y ellos se sienten incapaces de manejar esas demandas, surge un desequilibrio, y el estrés se incrementa. Cuando se habla del estrés en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, se tiene en cuenta la organización y el desempeño laboral, pero no hay que olvidar el resto de las circunstancias vitales es decir factores sociales extra laborales, familiares, personales...

Consideramos que el policía cumple un papel esencial en la sociedad, y el estrés logra reducir su eficacia. Un policía estresado puede ser una amenaza para él mismo, para sus compañeros, y para la seguridad pública.

Los estresores negativos que tienen en su trabajo los policías, se presentan de diferentes formas: desde una estrecha relación con criminales, a situaciones de riesgo extremo, de tener que afrontar y enfrentarse a otros que llevan armas de fuego y punzocortantes, o a intervenir cuando alguien realiza ataques físicos y psicológicos a otros seres humanos. Los cuerpos policiales están inmersos en un mundo de delincuencia, violencia y corrupción, que a la larga tiene un fuerte impacto psicológico.

Coincidimos con Sánchez Milla et al. (144), en que el riesgo de estrés es inherente al propio trabajo policial, sus "herramientas de trabajo" entre las que están el arma, y la defensa, y sobre todo el entorno conflictivo en el que se mueven. Ellos señalan como factores estresógenos organizativos: "1) inherentes al puesto de trabajo, 2) derivados de la función de organización, 3) asociados al desarrollo de la carrera profesional, 4) derivados de la estructura y

atmósfera del trabajo, 5) asociados a las relaciones personales, y 6) exteriores al trabajo”.

Pero además, en nuestra experiencia, el Policía tiene una carga mental importante por la complejidad de su trabajo: comunicación, atención al público, toma de decisiones, apremio... asumiendo riesgos unos provenientes del ámbito laboral y otros dependientes de las herramientas que usa en su trabajo: vehículos, materiales explosivos, pantallas de visualización, armas de fuego... Muchas veces se suma a todo ello la vivencia de desarraigo, los índices de tensión en la realización de las tareas policiales, la necesidad de sustentar una imagen policial idónea tanto en el trabajo como fuera de él, sentimientos de falta de aceptación por la sociedad, vivencia de alto grado de exigencia profesional y personal en comparación con su retribución económica. Las consecuencias pueden ser negativas, desde el punto de vista personal y laboral

Torres (152) con el “Cuestionario Estrés laboral Policía Municipal” que recoge distintos tipos de estresores, trata de identificar y analizar los ocupacionales y los organizacionales asociados a la autopercepción del estrés laboral, así como el distrés asociado en términos de síntomas de somatización, hostilidad y depresión. Lo estudió con una muestra de 353 (15%) agentes pertenecientes a distintos centros de Policía Local de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La edad media 39 años, 89,7% hombres y una experiencia profesional de 13 años Los estresores identificados fueron: Desempeño de rol; Gestión de personal; Estilo de dirección; Imagen y credibilidad, y Sobrecarga de trabajo.

Nuestro estudio en la población del CNP está en la misma línea de los resultados, obtenidos por Torres, en cuanto a lo referido de sobrecarga de trabajo

Rizo y Barrios, (136), exponen: “El Servicio de Psicología de la Guardia Civil señala que en el año 2010, de un total de 699 casos diagnosticados como Trastorno adaptativo, el 42’6% tenían detrás un estresor de tipo laboral, lo cual señala la gran importancia que tiene el contexto laboral en la salud mental”.

Nuestros resultados en cambio indican que, aunque los Trastornos adaptativos tienen un elevado porcentaje, los estresores “referidos” tienen menor prevalencia.

De las investigaciones en otros países destacamos las de:

Cooper, (41), que estudia el estrés mostrando que el exceso de trabajo de los sargentos de Policía Británica era origen de una depresión pasajera. Estos lo achacaron a los procedimientos administrativos, la obligación de trabajar demasiadas horas, unidas a las frustraciones causadas por los procedimientos prolongados o inútiles para el castigo de los delincuentes

Deschamps, (46), valoró el nivel de estrés de un grupo de Policías franceses de todas las categorías (N=617), con un cuestionario autoadministrado. La edad media 40 años, y el 84% hombres. Los policías con alto nivel de estrés (los mismos resultados solo en hombres y grupo de control), pertenecen a grupos de más de 15 años de servicio, y se muestran afectados por la escasez de, y de largas horas de trabajo.

Berg, et al. (19). desarrollaron un cuestionario (SNSP) para medir el estrés en el trabajo y los factores más graves y frecuentes en Policías Noruegos a nivel nacional: 3272 policías de todos los niveles jerárquicos. Los resultados indican que los Policías con elevado neuroticismo perciben que el trabajo es más estresante que los compañeros con mayor estabilidad emocional y extraversión, que son más activos y efectivos en sus respuestas. Las mujeres policías perciben con mayor intensidad todos los factores de estrés que sus compañeros varones. Las correlaciones entre estrés, rasgos de personalidad, locus de control de trabajo y estrategias de afrontamiento, eran moderados.

La exposición repetida al estrés laboral y a los eventos estresantes de la vida puede afectar a los policías, desde el punto de vista psíquico y físico. Halley et al. (76), realizaron un estudio con un centenar de agentes de Policía urbanos de Búfalo, seleccionados al azar, utilizando un autoinforme, Los resultados indican que la exposición a múltiples eventos negativos de la vida, se asocia significativamente con puntuaciones de depresión elevadas en esta muestra.

Pienaar, (120), estudió el estrés ocupacional en la Policía de Sudáfrica, con el objetivo de desarrollar y validar una encuesta que pudiera ser utilizada por el Servicio de Policía de Sudáfrica (SAPS) para identificar la frecuencia y la intensidad de los factores de estrés en el trabajo. Los resultados muestran alguna similitud con otros estudios de estrés policial, como son: demandas en

el cumplimiento de la tarea, situaciones de violencia y tener que manejar el conflicto, muerte de un compañero, matar a alguien, falta de reconocimiento del trabajo, falta de apoyo, inadecuados salarios, ver delincuentes en libertad... y utilizaban el alcohol para aliviar la tensión psíquica de su insatisfacción laboral o problemas de pareja

En cuanto a la edad, Gershon et al. (67) de la Universidad de Columbia, evaluaron una muestra de 150 policías de 50 años o más, encontrando que los factores de riesgo más importantes asociados con el estrés percibido en el trabajo, eran las conductas de afrontamiento desadaptativas por alcohol o juego, o el exponerse a acontecimientos peligrosos. Los datos indican que con elevado nivel de estrés en el trabajo, los de mayor edad pueden tener más problemas de salud”.

Respecto al sexo, el objetivo del estudio de Souza (148) fue investigar en agentes de policía civil de la Ciudad de Río de Janeiro (Brasil), la existencia de sufrimiento psicológico, considerado “desde el punto de vista de la tensión a que estos profesionales están sometidos en su trabajo” Sus resultados indican que no hay diferencia en la angustia psicológica entre los géneros, corroborando investigaciones previas.

Existe preocupación en todo el mundo por “reducir, eliminar o modificar” la tensión que padece el personal de policía. En la India, Randhir, (131) utiliza el manejo y el afrontamiento del estrés con policías voluntarios con técnicas basadas puntos implícitos en el yoga y en técnicas de meditación Se encontró que las intervenciones psicológicas multidimensionales fueron significativas en la reducción de la tensión del trabajo y se mejoró el comportamiento de afrontamiento.

Nuestro estudio en comparación con los llevados a cabo en otros países, difiere en que nuestra población está en situación de baja laboral, pero los resultados están en la misma línea que el de Cooper en la Policía británica es decir, en las frustraciones causadas por los procedimientos prolongados o inútiles para el castigo de los delincuentes. Coincidimos con Deschamps respecto a estrés y a antigüedad en el servicio, y también las quejas por horarios de trabajo o por la escasez de personal y de que la población evaluada es mayoritariamente masculina. No puede compararse con el estudio noruego ni con el de Souza, al ser muy bajo el número de mujeres (5,21%) en la población de nuestra investigación.

Sí está nuestro estudio en la misma línea que el de Halley sobre la repercusión de la exposición a múltiples eventos negativos de la vida, y con el de Pienaar en cuanto a las situaciones vividas por los policías: “demandas en el cumplimiento de la tarea, situaciones de violencia y tener que manejar el conflicto, muerte de un compañero, matar a alguien, falta de reconocimiento del trabajo, falta de apoyo, inadecuados salarios, ver delincuentes en libertad”. Los funcionarios de nuestra investigación del CNP exponen vivencias semejantes.

Consideramos, al igual que en el estudio de Gershon, que con elevado nivel de estrés en el trabajo, los de mayor edad pueden tener más problemas de salud. En nuestra población el 45,5% tiene 50 o más años. La diferencia está en la situación de Incapacidad laboral en los de nuestro grupo.

El tratamiento del estrés no ha sido objetivo de nuestro estudio, pero es importante llevarlo a cabo, para ayudar a los funcionarios.

Creemos pues, que los estudios en otros países reflejan situaciones de estrés similares a las de los policías en España, cuando sus actuaciones con los delincuentes no se ven respaldadas, la urgencia en las actuaciones, las demandas múltiples en el cumplimiento de la tarea, las situaciones de violencia y las del manejo de conflictos, y de forma destacada, la muerte de un compañero, y el disparar a alguien con resultado de muerte. Y ello sin olvidar sus quejas sobre, falta de reconocimiento de su trabajo, falta de apoyo, inadecuados salarios, ver delincuentes en libertad, e incluso lo “referido” por un 10,55% sobre problemas con compañeros subordinados o superiores

En nuestra experiencia, es causa muy importante de estrés, cuando un policía es advertido por sus superiores, de que se ha encontrado escrito su nombre y/o su domicilio, en documentos incautados a ETA.

Y también otra causa de estrés en los miembros del CNP desde el punto de vista laboral, es la sanción disciplinaria y la suspensión de funciones que puede ser firme o provisional y priva al funcionario del ejercicio de sus funciones durante el tiempo de permanencia en la misma.

BURNOUT

Un ejemplo clásico de estrés laboral, estrés permanente y acumulativo sería el síndrome, que suele darse en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención al público. Esta patología, fue descrita por primera vez en 1969 y al principio se denominó "staff burnout", para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos "oficiales de policía condicional", y se explica por los valores y el compromiso de la población policial.

Opinamos que son discrepantes los datos que reflejan distintos autores tanto en estudios con Policías nacional como Policías locales:

Lozano (90), como problema social que afecta a diversos colectivos profesionales, describe comparativamente cuatro muestras: una de Policía Nacional N=102, destinados en el País Vasco, con el MBI (Maslach Burnout Inventori). Las bajas puntuaciones en Burnout del grupo de Policías coinciden con otras investigaciones Newman. (107).

Por el contrario, Aguado, (1). 2013 utiliza en su Tesis Doctoral el MBI, y examina el Burnout en 747 policías nacionales que trabajan en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Con los resultados demuestra que la prevalencia de este síndrome es alta porque "el 32,2% tenía un alto nivel, el 12,5% un nivel medio y el 55,4% un nivel bajo. Asimismo, los resultados mostraron que el turno, y algunas características de personalidad (neuroticismo, extraversión, agradabilidad y responsabilidad) parecen estar implicados en el desarrollo del síndrome de burnout".

El Síndrome de "estar quemado" en el ámbito policial es analizado por Durán. (47), en una muestra de 232 Policías locales. El perfil medio obtenido refleja un nivel alto de cansancio emocional, una despersonalización media-alta, y una realización personal media. El estilo de afrontamiento presenta una correlación negativa estadísticamente significativa con la despersonalización. Respecto a la antigüedad en la organización, los que llevan en la profesión entre 6 y 15 años muestran niveles más elevados del síndrome.

En otros trabajadores: El Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT, publicó en 2009, un informe sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo, a partir de las conclusiones de un estudio en el que habían entrevistado a 4500 empleados de diferentes empresas, con distintas

actividades laborales. Los principales resultados del estudio revelan que: el 75% de los trabajadores afirma experimentar estrés en el trabajo; el 81% de los trabajadores entrevistados afirma experimentar síntomas de Burnout; el 31% de las personas entrevistadas manifiesta que su salud física y/o psicológica ha empeorado a consecuencia del trabajo; y un 16% define el ambiente donde se desarrolla su actividad laboral como “hostigador”. El informe subraya que los datos evidencian que los problemas relacionados con la mala salud mental en el trabajo, constituyen la cuarta causa de incapacidad laboral (111).

En nuestro estudio en cambio, en los datos registrados, sólo consta un diagnóstico de Burnout en el Informe Clínico Laboral, y en un Informe psicológico externo al CNP. Pensamos que posiblemente la sintomatología se solape con otros procesos patológicos y estamos más en la línea de Lozano y de Newman.

ACOSO LABORAL.

Es una forma de violencia que se produce por causas no directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o de su organización. Afecta al modelo de relación humana entre iguales. Se trata de una presión laboral que se repite de forma tendenciosa, repercutiendo en el desenvolvimiento de las empresas, y al que lo padece, un importante sufrimiento psíquico, y por tanto de una grave patología socio-laboral, siendo conductas, inadmisibles e injustificables, han son sancionadas por la Ley. Puede ser considerado como una conducta lesiva de los derechos fundamentales del trabajador, y conducir a la IP por las secuelas.

Los datos son muy heterogéneos en los diversos estudios, por ser su etiología multicausal, y por los instrumentos de medida utilizados. La prevalencia oscila entre el 8 y el 16%, y la OIT estableció en nuestro país un 5% de supuestos casos de acoso laboral. Por otro lado, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, en el año 2002 puso de manifestó que un 9% de los trabajadores aseguraba que se había visto sometido a intimidación en el trabajo.

En nuestro estudio, la percepción de acoso laboral “referido” como acontecimiento vital estresante se produjo en el 2,27 % de los casos, no consta como diagnóstico en los dictámenes del Tribunal Médico de la DGP, y si aparece reflejado en seis casos en informes psicológicos.

No obstante, sí se toma en cuenta esta forma de violencia en el CNP y en este sentido, se ha publicado en 2013 una adaptación de la DGP al “Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado”.

En cuanto a la Guardia Civil, para Carrillo, (31), el acoso psicológico en la Benemérita, ha provocado en los últimos 10 años perder 6 millones de jornadas laborales, con coste de 500 millones de €. Dice que 17.000 agentes han solicitado la baja psicológica, y que el 20% afirma que ha sufrido mobbing.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en el CNP, son mínimos y no comparables con los publicados de “acoso” en la Guardia Civil

AGRESIONES

Los policías están expuestos a diario a ser objeto de violencia, agresiones, con o sin lesiones físicas. En España, la Asociación Profesional de Policía, Centro de Estudios Policiales, 2010, publicó el 13 de mayo de 2010, que las agresiones a policías se producen diariamente. Desde el año 2000 al año 2008, último año con Estadísticas a este respecto, se han contabilizado un total de 86.523 delitos de agresiones a policías, una media de 10.815 agresiones a policías cada año, lo que supone la cifra de que diariamente 30 policías son agredidos cuando cumplen con su deber. El informe, lo han realizado, tomando datos recogidos de fuentes oficiales como son los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior o los datos del Instituto Nacional de Estadística. (7).

El aumento de agresiones a policías es un 66,4% más que ocho años antes “Si tenemos en cuenta que el número de agentes policiales en España, según el Balance 2008 del Ministerio del Interior sobre la Evolución de la Criminalidad, es de 142.228 policías y que estos han sufrido en tan solo 8 años un total de 86.523 agresiones, nos da como resultado que al menos el 60,8% de los Policías y Guardias Civiles de nuestro país han sido agredidos en alguna ocasión”.

En nuestro estudio los policías del CNP “refieren” haber sido agredidos por manifestantes, detenidos, delincuentes... en el 1,9% de los casos, cifras manifiestamente inferiores a los datos anteriormente citados, no obstante nuestros resultados se refieren a funcionarios con baja laboral, que han sido

reconocidos por el Tribunal Médico de incapacidades de la DGP En las agresiones los policías refieren, la vivencia del daño que viene condicionada por percepción del hecho, que puede atentar contra su integridad, al mismo tiempo la siente como inevitable y desbordante sobrepasando su tolerancia a conflictos o dificultades; también es vivida como no merecida e incluso impacta en su autoestima.

ABUSO Y DEPENDENCIA.

Nuestra experiencia indica que la comorbilidad psiquiátrica y las adicciones, tropiezan muchas veces con dificultades diagnósticas, por la superposición de síntomas, y además por la tendencia a la ocultación o minimización del consumo de alcohol y de otras drogas tanto en la población general como en los funcionarios del CNP.

Estudios realizados en el CNP:

En la antes citada Encuesta de Salud del CNP realizada en 1988, dice que el consumo de alcohol por sus repercusiones sobre la salud y la conducta, y la patología psíquica ocupaban los dos primeros lugares, en la problemática sanitaria de la población policial. El patrón que predominaba entre los encuestados es el de bebedor habitual moderado (un 44%). El porcentaje de “bebedores elevados” fue del 23% (20% en la población general); y “bebedores excesivos” 17% de la muestra (7% en la población general ajustada por edad y sexo). Para Calvé, que utiliza la misma Encuesta: “El consumo de alcohol y el porcentaje de bebedores excesivos son muy superiores a los que se encuentran en la población general”, con importantes variaciones respecto a Regiones policiales y provincias y “Clara asociación entre la presencia de síntomas psiquiátricos de ansiedad y depresión y consumo de alcohol”.

Un trabajo sobre consumo referido de tabaco y alcohol (110) fue realizado por Nieto y Pardo, en el contexto de los reconocimientos médicos periódicos efectuados en la URS de Madrid a 1276 funcionarios de la JSP de Madrid durante el año 1994. Destaca el 59,47% “bebía con mayor habitualidad, pero de éstos, el 87,52% bebían menos de 5 U/día. La población de riesgo, 3,45% de la muestra, que consumía más de 7 U/día.

También en Madrid, Cruz, (42), reviso 819 historias clínicas de funcionarios del CNP que habían sido atendidos en consulta en situación de IT,

por el Equipo de Salud Mental: Psiquiatra y Psicólogo en la URS de la JSP de Madrid desde 1990 hasta octubre de 1995. El 12,46% reunían criterios de: Abuso de alcohol el 5,74%, Dependencia de alcohol 4'64% del total, El estudio también muestra la comorbilidad con: trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, y trastornos de ansiedad.

En nuestra experiencia algunos policías “recurren” al alcohol, para tratar de manejar el estrés laboral relacionándolo con riesgos de actuaciones en situaciones críticas, o por sufrir circunstancias sociales, económicas, legales, o familiares adversas.

Nuestra investigación, aporta los siguientes resultados

1) Tabaco. Consumo perjudicial/dependencia en el 28,4%, (correspondiendo el 0,76% a las mujeres del grupo), es similar en los hombres a los datos de la Encuesta Europea de Salud España 2009 (EES09) (51), en la que el porcentaje de fumadores diarios hombres es del 31,2%. No se puede comparar la prevalencia en las mujeres, manifiestamente inferior en nuestros resultados por lo reducido tamaño del grupo.

2) Alcohol: Patología compleja, es la droga más consumida. La importancia del alcohol en el medio laboral es que, ocasiona frecuente absentismo, bajas laborales, mayor accidentabilidad, conflictividad, errores, y expedientes disciplinarios.

En nuestro estudio, los funcionarios “refieren” en sus antecedentes personales: Abuso de alcohol el 12,1%, (cifra que disminuye al ponerse en tratamiento) y Dependencia el 3,7%.

En el dictamen emitido por el TM: F10.1, Consumo perjudicial de alcohol: 4,9% y F10.2 Dependencia de alcohol 3,6%. Ahora bien, en los funcionarios que pasan a Jubilación por IP la prevalencia aumenta a: Consumo perjudicial 8,3% y Dependencia 7,0%.

En la Encuesta EES09, sobre el consumo de bebidas alcohólicas: el 12,6% consume varias veces por semana, y el 13,6% diariamente. Consideramos que lo referido en esa Encuesta, no puedan compararse al no utilizar los criterios diagnósticos de Abuso y Dependencia; no obstante, los

porcentajes obtenidos en nuestro estudio parecen inferiores a los de la población general.

3) Otras drogas. Problema difícil de ignorar, que adquiere una dimensión con ribetes propios en el mundo laboral, por el bajo riesgo percibido. El alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

El consumo de cocaína en España prevalencia de, 2,6%, EDADES, (50), y de 1,2% según UNODC. (81). En los estudios epidemiológicos de la OMS, Kessler y Ustun, (84), Trastornos de uso de sustancias tienen una prevalencia entre el 1,3% y el-5%.

En una muestra muy reducida Saathoff y Buckman (142) realizaron en la Universidad de Virginia, la evaluación psiquiátrica de 26 policías detectando cinco casos de abuso de sustancias (alcohol, drogas o ambas) .y Trastornos de la personalidad.

En la ya citada (106) Encuesta de Salud del CNP se incluían ítems sobre el consumo de drogas “en alguna ocasión”, “en los últimos doce meses” o “en la actualidad. En los resultados se indica que la probable adicción a opiáceos y a cocaína representaba una prevalencia del 0,55 por mil, cifra inferior a la que se estimaba en esos años, para la población general.

Cruz, realizó en 1997 un análisis de 970 historias clínicas de funcionarios del CNP vistos en consulta de Salud mental de la URS de Madrid 1990; sólo 8 cumplían criterios de consumo perjudicial o Síndrome de Dependencia (excluido el alcohol), todos varones y pertenecientes a la Escala Básica, la situación familiar en tres casos era muy conflictiva. Tenían uno o varios ingresos hospitalarios, y tres de ellos habían realizado intento de suicidio. En siete casos la dependencia era a varias sustancias incluido el alcohol. Al final del estudio tres funcionarios habían sido jubilados, uno pasó a Segunda actividad, uno continuaba en IT, y tres estaban en suspensión de funciones. (43).

En nuestro estudio, también pertenecen a la Escala Básica, y están en servicios operativos; La prevalencia: 0,8% dependencia y 0,7% consumo perjudicial de drogas, porcentajes inferiores a los que constan en las Encuestas sobre alcohol y drogas en España y en el Informe mundial sobre las Drogas 2012, ligeramente superior a los datos de la Encuesta de Salud, y en la misma

línea que el estudio realizado por Cruz. Los dictámenes en los casos de nuestro estudio propusieron pase a Jubilación por IP absoluta en 6 casos, por IP total en 7 casos y Segunda actividad en dos casos.

Consideramos importante destacar que según la Ley Orgánica 4/2010, de 20 de mayo, del Régimen disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía, en las Infracciones disciplinarias, se considera Falta muy grave, Artículo 7 m) “La negativa injustificada a someterse a reconocimiento médico, prueba de alcoholemia o de detección de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, legítimamente ordenadas, a fin de constatar la capacidad psicofísica para prestar servicio”.

INTENTO DE SUICIDIO.

El suicidio es un fenómeno complejo en el que intervienen factores físicos, sociales y psicológicos, donde parece conjuntarse la incapacidad para encauzar adecuadamente los conflictos o la escasez de habilidades para solucionar los problemas y puede sumarse trastornos de la personalidad Trastornos afectivos, o el consumo de tóxicos.

Sabemos, que las cifras reales son difíciles de estimar. Se calcula que por cada suicidio consumado se producen unos 20 fallidos, y que unas 60.000 personas al año tienen alguna conducta suicida. Tanto el suicidio consumado como los pensamientos y las conductas suicidas son un importante problema de salud pública en el mundo occidental. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, España tiene unos indicadores de muertes por 100.000 habitantes de suicidios y autolesiones, inferior a la media de países europeos: 2,6 en mujeres (4,8 en la región europea) y 9,1 en hombres (frente a 21,3). Pero muchos intentos de suicidio no quedan registrados, y menos aún la ideación suicida.

Los estudios sobre los intentos de suicidio y el suicidio en la policía muestran resultados contradictorios, contribuyendo así a una considerable especulación sobre por qué los agentes de policía se suicidan o lo intentan.

Janik et al, revisaron los expedientes de 134 agentes de policía que se habían sometido a su primera evaluación de aptitud para el servicio El 55% admitió intentos de suicidio previos. Los resultados indicaron que los

funcionarios que informaron problemas maritales eran 4,8 veces más propensos a tener intentos de suicidio, y 6,7 veces más probabilidades de si habían sido suspendidos. Las quejas de ser acosado administrativamente se asociaron con una menor probabilidad de que un oficial intentara suicidarse. (83).

Anne Marie Berg, realizó el primer estudio a nivel nacional sobre ideas e intentos suicidas, entre 3272 policías noruegos. El resultado del cuestionario Sentimientos suicidas de Paykel: 6,4% haber considerado seriamente el suicidio, y el 0,7% por intento de suicidio. Los predictores independientes de ideación suicida fueron el estado civil, las quejas subjetivas de salud, ansiedad y depresión. La ideación suicida grave se atribuyó principalmente a problemas personales y familiares. (20).

John M. Violanti en Buffalo en un estudio con IAT, "Asociación Implícita Test", para detectar tendencias suicidas y la ideación de los agentes de policía la policía urbana. Los resultados sugerían que los oficiales tenían diferentes niveles de identificación con la vida, que hay más pensamientos suicidas y depresión referidos por los hombres en el turno de noche que explican por el aislamiento y la alta tensión. De su investigación anterior, sabía que el riesgo de suicidio de la policía es tres veces superior a la de otros trabajadores municipales, y quería saber si había una asociación entre el trabajo por turnos y el aumento de pensamientos de suicidio. (161). También encuentra que policías que consumen grandes cantidades de alcohol para controlar síntomas relacionados con el TEPT, tienen más probabilidades de presentar ideación suicida.

Steyn et al., estudiaron cómo síntomas del TEPT correlacionan con la ideación suicida. Examinaron 217 agentes de policía de Sudáfrica el 74,2% hombres. Aplicaron una escala de diagnóstico postraumático y una de suicidio, concluyeron que la hiperexcitación fue el principal predictor de ideación suicida. (149).

En España: La AUGC, decidió elaborar un exhaustivo informe sobre suicidios, que "concluyó con cifras alarmantes que evidencian "que algo falla". Se refieren a suicidios consumados, pero no indican tentativas ni ideación suicida (8). " El Director General del Instituto Armado, aprobó un Plan de Prevención de Conductas Suicidas, que entró en vigor en marzo de 2005, triplicando el número de Psicólogos de 42 a 115, y creando un TAP (Teléfono

de Atención Psicológica) permanente de ayuda 24 horas. En julio de 2010 entró en vigor el Plan preventivo de Asistencia Psicológica (PPAP).

En la población general. Las tentativas de suicidio registradas en Hospitales presentan elevada variabilidad entre las CCAA, lo que induce a pensar en la existencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación. Los intentos de suicidio en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes, pero las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad en la recogida de datos, según Ruiz Pérez et al. 2006. (141)

Gabilondo et al., han estudiado la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida, los planes de suicidio y las tentativas de suicidio sobre una muestra de 5437 personas representativa de la población general no institucionalizada y mayor de 18 años. La prevalencia de ideas y planes de suicidio fue de 4,4% y de intento de suicidio de 1,5%. (63).

Nuestra experiencia indica, que los intentos de suicidio se repiten, siendo un riesgo de por vida en personas desesperanzadas con deseo de morir y con escasas estrategias de afrontamiento o con impulsividad, o con conflictos familiares, y legales, y facilita el intento el alcohol, el tener un arma de fuego, elemento letal. El tener noticia de un intento es una razón prioritaria para una valoración psiquiátrica inmediata, baja laboral y retirada cautelar de armas. Tanto la oficial como particulares, y en algún caso proceder a ingreso hospitalario, siendo por tanto un importante problema de salud.

En nuestra investigación, consta que los intentos “referidos” por los funcionarios, lo han sido con fármacos/drogas y/o alcohol (3,7%), arma de fuego (0,4%) u otros métodos. Un 7,3% mencionan pensamientos sin planificación, y en el dictamen del TM el diagnóstico: Z91.5 Intento/s de suicidio un 2,5%.

Respecto al estudio de Janik, de que con problemas maritales los policías eran 4,8 veces más propensos a tener intentos de suicidio, y 6,7 veces más probabilidades si habían sido suspendidos, en nuestro estudio sí constan dos casos con diagnóstico Z63 de problemas relacionados con circunstancias familiares y otros dos Z65, relacionados con circunstancias psicosociales

Sabemos que las tasas de intentos de suicidio vistos en servicios de urgencias psiquiátricas son altas, y pueden suponer un 6 a 22% de las

demandas de atención. En nuestro estudio, el acudir a Servicios de Urgencia en un 6'54% ha sido por sintomatología de ansiedad, pero en un 7'11% lo ha sido por: Pensamientos, Ideación suicida o intento de suicidio.

TEPT Y ATENTADOS TERRORISTAS

Saathoff y Buckman (142) realizaron en la Universidad de Virginia, la evaluación psiquiátrica de 26 policías. Dicen que los casos más difíciles de evaluar fueron aquellos que conllevaban síntomas psiquiátricos después de un trauma durante el servicio, incluyendo casos de trastorno postraumático. Se observaron manifestaciones conductuales, trastornos de la personalidad y abuso de drogas.

El matar o herir gravemente a alguien con ocasión del servicio desempeñado por Policías, y su relación con sintomatología psíquica, ha sido estudiado en Nueva York, por Komarovskaya et al. Casi el 10% de los agentes informaron que habían tenido que matar o herir gravemente a alguien en el cumplimiento de su deber en los primeros tres años de su servicio como policías. Este hecho se asoció significativamente con los síntomas del TEPT. Los resultados ponen de manifiesto el impacto potencial en la salud mental de matar o herir gravemente en el ejercicio de su trabajo. (85).

En cambio, en nuestro estudio, sólo el 0,47% (5 casos), refirieron haber tenido que disparar a un delincuente, pero sin resultado de muerte.

En el CNP: Baca (11) realizó un proyecto titulado “El Trastorno por Estrés Postraumático en el Cuerpo Nacional de Policía”, para investigar la morbilidad del TEPT en miembros del CNP que habían estado “sometidos a situaciones estrés máximo en las que se ha producido un peligro directo para la propia vida o integridad física”. En el grupo se incluyó también a policías, testigos presenciales de hechos de los que se hayan derivado la muerte de otros miembros del Cuerpo. La incidencia de situaciones de riesgo potencial, 27 casos cada 10.000 policías; la incidencia de situaciones de riesgo, 17 casos cada 10.000 policías; y la incidencia del Trastorno por estrés postraumático, 56 casos cada 100.000 policías. Y Gilaberte, (68) con la misma muestra de 147 funcionarios del CNP destaca que el riesgo de sufrir un suceso traumático entre los funcionarios del CNP en el año 1990 supuso un dos por mil para toda la población policía. Y que casi la tercera parte de los policías que sufrieron un suceso de características traumáticas desarrollaron un TEPT.

Consideramos, que los estudios de Baca y Gilaberte se realizaron con funcionarios en activo, y no hay constancia de si los que habiendo sufrido situaciones traumáticas semejantes tuvieron que pasar a otra situación administrativa diferente de la de activo.

Martín Paramio, (96) analizó a nivel nacional la incidencia de los atentados terroristas y sus consecuencias físicas y psíquicas dentro de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Estudió todos los atentados producidos en España desde 1º de enero del año 1973, hasta diciembre de 1994, es decir 21 años: Describe las consecuencias definitivas: muertes, Incapacidad Permanente Absoluta, lesiones no invalidantes.... En cuanto al riesgo potencial para la Guardia Civil: 0,00018 y para la Policía Nacional de 0,00013.

En la Guardia Civil: López González y Gimeno Navarro, 1990, estudiaron a sesenta jóvenes Guardias Civiles que sufrieron un atentado terrorista en el convoy donde viajaban, (al explotar a su paso un potente coche-bomba), el 14 de julio de 1986, y 83 compañeros vivieron con proximidad el acontecimiento. En la primera, evaluación el 33,3 % de los guardias presentes presentaba Estrés Postraumático agudo. En la segunda, el 26,6 % TEPT crónico. (89)

En nuestra investigación, los policías “refirieron” ser víctima de Atentado Terrorista en el 1,4%

Sobre los Atentados Terroristas podemos decir que hay constancia de que ETA, ha cometido un total de 2472 acciones terroristas, (197 atentados mortales sin esclarecer, y pendientes de cerrarse y juzgarse 271 causas judiciales que afectan a 349 víctimas de ETA, aunque la mitad de ellas están archivadas provisionalmente), según el informe de la Policía Nacional ha enviado al Juez que instruye una causa contra la banda terrorista por genocidio y crímenes de lesa humanidad. El informe incluye todos los atentados mortales, secuestros, ataques a sedes políticas y empresariales, ataques a bienes

La Guardia Civil ha sufrido 352 ataques terroristas; las FFAA 234; la Policía Nacional 212; y la Ertzaintza 11. De los 186 policías muertos (asesinados por la espalda, víctimas de detonación de artefactos explosivos, ametrallamientos sorpresivos), el 40% apenas tenían 30 años y el 60% llevaba

menos de 10 años en el Cuerpo. Además hay un centenar de policías heridos, y un número no determinados de los que continúan con secuelas.

Nuestro estudio: el diagnóstico de TEPT, se ha realizado por el Tribunal Médico en el 1,8% de los casos. Esta cifra es inferior a la que se indica en DSM-IV: en los estudios sobre individuos de riesgo, que pueden encontrarse prevalencias que van del 3 al 58%. Mientras que el TEPT en la población general oscila entre el 1 y el 14%.

Pensamos que en la Incapacidad laboral con diagnóstico de TEPT, no hay criterios estrictos, porque depende de la afectación de cada persona y de la actividad laboral que desarrolla. En nuestra experiencia, adquiere especial dificultad el retorno al trabajo, cuando la persona relaciona causalmente el TEPT con el desempeño de su trabajo.

También consideramos el diagnóstico de F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica en la que según la OMS, “El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad” con una prevalencia en nuestro estudio de 0,28%.

DURACIÓN DE LA BAJA

Sobre la duración de la IT, Vaquero y cols., realizaron un estudio prospectivo con sujetos que habían superado el tiempo estándar de baja. Exponen que “el carácter multifactorial de la enfermedad ha sido muy estudiado siendo los factores que influyen en las bajas laborales y su duración de diferente tipo: socioeconómicos, demográficos, personales, físicos, psicosociales u organizacionales ligados al trabajo o ligados a la percepción que el propio asegurado tiene sobre su salud”. También apuntan que, tanto las patologías mentales como las osteomioarticulares están asociadas con bajas laborales prolongadas e IP. En los resultados destacan que “la segunda patología con más prevalencia de larga duración en ambos sexos son las enfermedades mentales fundamentalmente trastornos de ansiedad. (156).

Los resultados, parecen indicar que la duración del periodo de IT, en los funcionarios policiales de nuestro estudio, desde que causan Baja hasta que pasan a ser reconocidos por el Tribunal Médico, son superiores a la duración establecida como máximo tiempo estándar en el INSS, posiblemente debido a

factores de tipo organizacional, por tratarse de policías de toda España, vistos por diferentes especialistas, y también porque estando en tratamiento, se consideraba desde las URS, UPS o desde el propio Servicio Sanitario Central, que no se habían agotado las posibilidades terapéuticas.

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL

Las enfermedades mentales, problema de salud pública, son la causa más frecuente de carga de enfermedad, en Europa y en España, y su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas (artritis, diabetes, cardiopatías...) según datos coincidentes en los hallazgos de la bibliografía. Repercute negativamente en el trabajo, en la familia y en el uso de los recursos sanitarios y económicos.

Los estudios epidemiológicos de la OMS publicados en el libro de Kessler y Ustun, (84), resumen las encuestas mundiales de la OMS de salud mental dando una idea de la magnitud del problema de los trastornos mentales, y el impacto que tiene en dimensiones como la productividad, el presupuesto personal y gubernamental y otros aspectos como la prevalencia de por vida, de 18,1% a 36,1%, y la incapacidad asociada.

En el Libro Verde, 2005, de la Comisión Europea para mejorar la salud mental de la población (39), dice: “se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida y que en la UE, las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión”.

Vázquez, (158), se refiere al “grave incremento de los casos de depresión y de ansiedad en el entorno laboral” y también que uno de cada cinco trabajadores, 20%, presenta problemas mentales como la depresión y la ansiedad, y buena parte de ellos no consigue superarlos...”

¿QUÉ TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SON MÁS PREVALENTES EN LAS PROPUESTAS DE IP EN LA POBLACIÓN GENERAL?

Para Calleja (65), Depresión y Neurosis de ansiedad; Rodríguez (139), Trastornos de adaptación, Trastornos mixtos ansioso-depresivos, y Episodios depresivos; Rivas et al. (134), dice que los trastornos más frecuentes en la UMEVI son los Trastornos del humor, Trastornos neuróticos secundarios a

situaciones estresantes, Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, Esquizofrenia, y otros; Martínez Herrera (97) en su exposición de procesos de IT cerrados en tres meses de 2008, indica, valorando todas las contingencias, por diagnósticos más frecuentes: Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos (NCBOC), Trastornos neuróticos, Trastornos esquizofrénicos, Psicosis afectivas, Síndrome de dependencia al alcohol, y otros; Carbajo, (29), en procesos que dan lugar a resoluciones de IP en el primer semestre de 2009, apunta los diagnósticos de NCBOC, Síndrome depresivo-ansioso, Trastorno depresivo mayor, Reacción de adaptación no especificada, y otros.

Son propuestas, para valoración en los EVI, o para resolución por el Director Provincial del INSS que puede resolver: alta, Prórroga de IT, o IP.

¿QUÉ TRASTORNOS MENTALES SON MÁS PREVALENTES EN NUESTRO ESTUDIO?

Nos hemos encontrado, al estudiar los Expedientes de propuesta de incapacidad la presencia de pluripatología, no sabemos si la patología somática ha aparecido antes, durante o después de debutar el trastorno mental, pero si sabemos, que los procesos pueden, al asociarse al principal, agravarlo, aumentar el riesgo, añadir secuelas, y nuestra experiencia es que, lo que al inicio, por sí solo, no era invalidante, termina muchas veces siéndolo y así, los trastornos mentales, en especial los del ánimo, suelen presentarse en comorbilidad, entendida ésta como la presencia de uno o más trastornos o enfermedades, y terminan asociándose con un mayor grado de discapacidad.

De los diagnósticos emitidos por el Tribunal Médico de la DGP destacan por su mayor prevalencia los siguientes trastornos:

CIE-10 F20-F29:

F20. Esquizofrenia. En nuestro estudio tiene una prevalencia del 1%, coincidiendo con DSM-IV que estima la prevalencia entre el 0,5 y el 1%.

F22.0. Trastorno de ideas delirantes, en nuestro estudio tiene una prevalencia de 2,4% muy superior a la que se estima en España de un 0,03%, siendo la prevalencia del 1-4% de todos los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos.

CIE-10 F30-F39:

Los estudios epidemiológicos de la OMS (84), indican que la prevalencia en los Trastornos del estado de ánimo oscila entre el 3,3% y el 21,4%. Haro et al. (74) sobre los resultados del estudio ESEMeD-España, dicen que el trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor, 3,9% de prevalencia año y 10,5% de prevalencia vida, y en DSM-IV, el riesgo para trastorno depresivo mayor en la población general: 10-25% para las mujeres y 5-12% para hombres. Para el trastorno distímico, la prevalencia es aproximadamente del 6%

En nuestra investigación, de los trastornos del humor que constan en el diagnóstico del Tribunal Médico, los más frecuentes corresponden a Episodios depresivos (F32) con el 17,2%, seguidos de Trastorno de humor persistente (F34) con el 8'6%, y Trastorno depresivo recurrente (F33) con el 8,0%, que estimamos superiores a las de la población general de varones, pero dentro de los límites que señalan los estudios epidemiológicos de la OMS referidos por Kessler y Ustun.

CIE-10 F40-F48.

En Los estudios epidemiológicos de la OMS publicados en el libro de Kessler y Ustun, (84), la prevalencia por: Trastornos de ansiedad es de 4,8%-31%; Haro et al. (74) en el análisis de los resultados del proyecto ESEMeD-España; dicen que en los trastornos de ansiedad los datos de prevalencia-año 5,1% y en la prevalencia vida 9,3%, y en DSM-IV la prevalencia de los trastornos adaptativos se sitúa entre el 5 y el 20% en individuos tratados en régimen ambulatorio.

En nuestro estudio: los porcentajes más elevados se sitúan en Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43) con el 25,8% (destacando los correspondientes a Reacción mixta de ansiedad y depresión), seguido de Otros trastornos de ansiedad (F41) con el 23,2%, (con la mayor prevalencia en los trastornos mixtos ansioso-depresivos), también superan a la población general, pero están en el rango señalado por Kessler y Ustun.

CIE-10 F60- F69:

La prevalencia de los Trastornos de la personalidad en la población general, varía en los diferentes estudios y según los instrumentos de evaluación utilizados, oscilando entre el 2% y el 20%, siendo similar en hombres y mujeres. Los estudios epidemiológicos tienen dificultades en su realización, ya que en estos trastornos suele haber escasa conciencia de enfermedad.

Son uno de los retos importantes de la psiquiatría y ocasionan problemas laborales y socio-familiares. Al ser comórbidos con otros trastornos mentales, se llegan a plantear dificultades diagnósticas, porque las manifestaciones clínicas son más complejas, o surgen episodios de descompensación, agravándose el pronóstico de las patologías a las que se encuentran asociados.

En nuestro estudio, el mayor número de diagnósticos está en F61.0: Trastorno mixto de la personalidad y F60.9: en trastorno de la personalidad sin especificación. En menores porcentajes: Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5) en el 2,6%, con prevalencia inferior a la atribuida en DSM-IV de 3-10% correspondiente a los que acuden a consultas de salud mental. Por su parte el Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0) con el 1,2% tiene una prevalencia dentro del rango señalado en DSM-IV de 0,5-2,5% en la población general.

Consideramos, que en el policía expuesto a situaciones de estrés, se puede manifestar el Trastorno de la personalidad y con ello, el patrón conductual rígido y desadaptativo (sin haberse antes declarado).

En cuanto al Trastorno límite de la personalidad, en nuestro estudio: 2,3%: se encontraría según DSM-IV-TR, ligeramente por encima de la población general (2%), pero dentro del rango de los que acuden a centros de salud mental (10%).

El trastorno del control de los impulsos, en nuestro estudio tiene una prevalencia del 1,4%, encontrándose dentro del rango que consta en los estudios epidemiológicos de la OMS publicados en el libro de Kessler y Ustun, (84), de prevalencia de Trastornos de control de los impulsos (0,3%-25%). Se trata de un trastorno de conducta caracterizado fundamentalmente por la

incapacidad crónica y progresiva de resistir los impulsos. No hay evidencia concluyente sobre un perfil específico o características psicológicas de inestabilidad emocional, impulsividad, pero puede encontrarse junto a trastornos de la personalidad, adicciones, o con trastornos emocionales

Respecto a las funcionarias que fueron reconocidas por el Tribunal Médico, los diagnósticos más prevalentes: F40-F48 predominando Trastorno mixto ansioso-depresivo y Reacción mixta de ansiedad y depresión, le siguen F30-F39, destacando los Episodios depresivos. Con menor prevalencia F60-F69.

COMORBILIDAD CON ENFERMEDADES FÍSICAS.

Coincidimos con Pérez Pineda y García Blázquez (118), cuando dicen que: “Puede considerarse excepcional el expediente de incapacidad, tanto en vía administrativa como judicial, donde sólo se alegue una causa o enfermedad. Lo habitual es que se refiera toda la patología, no sólo ya la sintomática que era conocida, sino la que se descubre a consecuencia de chequeos que se hacen con la finalidad de justificar mejor la petición”. “Hay procesos intrínsecamente no incapacitantes que por sí solos permiten una actividad laboral normal, asociado a otra patología también menor e intrascendente, y que sin embargo la asociación produce unos efectos específicos que hacen incompatible el trabajo por diversos mecanismos o razones”.

Autonell et al. (9), con resultados del Estudio ESEMe-España, encontraron que el 26,6% de los trastornos mentales, presentaban algún tipo de comorbilidad.

En nuestra investigación, en el dictamen de Jubilación, las enfermedades con mayor prevalencia son: (M00-M99) Sistema osteomuscular con el 22,7%, seguidas de las de (I00-I99) Enfermedades del Sistema circulatorio 12,1%; (S00-T98) Traumatismos 11,8; (G00-G99) Enfermedades del sistema nervioso 6,4%; (E00-E90) Enfermedades endocrinas 5,7%; (H60-H95) Enfermedades del oído 5,0% y (K00-K93) Enfermedades del sistema digestivo 4,5%.

En Segunda actividad, los porcentajes de comorbilidad más elevados, están también con el Sistema osteomuscular, seguido de Sistema circulatorio,

Traumatismos, Sistema nervioso, Enfermedades del oído y Enfermedades endocrinas

Los datos obtenidos, están en la misma línea que el resto de las investigaciones publicadas reflejadas en las encuestas de salud, con claro predominio de la patología osteomioarticular.

En nuestra experiencia, se une también la dificultad añadida a la valoración de la incapacidad cuando la queja destacada es la del dolor. Situación, que es compleja, y controvertida, especialmente en el caso en que la queja que presenta el enfermo, sobrepase a los hallazgos clínicos que se encuentran, admitiendo, sin embargo, que la ansiedad y la depresión aumentan el dolor y viceversa, el dolor puede aumentar la ansiedad o la depresión

La comorbilidad que hemos encontrado en nuestro estudio es: de los 4345 casos objeto de estudio, tras la Resolución del Director General de la Policía, un total de 1885, han pasado a la situación administrativa de Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio (Tabla 150) y de ellos, 273 (14,7%) por patología mixta psiquiátrica y física. De una media de población policial en los seis años de estudio de 54.235 policías, esta comorbilidad es de 8,38 por 10.000 policías (Tabla 172).

De los 1025, que han pasado a Segunda actividad, 176 (17,17%) también lo han hecho por patología mixta psiquiátrica y física, siendo en este caso la comorbilidad psiquiátrica y física del 5,4 por 10.000 policías. (Tabla 173).

RIESGO DE JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

Para valorar el “Riesgo”, se ha comparado el número de funcionarios/año que han sido Jubilados por Incapacidad permanente para el servicio en los seis años, con la Población general en Incapacidad permanente durante esos mismos años 2004 a 2009.

El resultado indica que hay más individuos de la Población general que llegan a IP, que funcionarios del CNP durante los años objeto de estudio 2004 a 2009. (Tablas 174 a 179).

La tasa de IP por 1000 en la población general oscila entre de 2004 a 2009 entre el 45,28 y el 48,42, mientras que en la población policial del CNP oscila del 3,62 a 7,92. (Tabla 171).

En cuanto al riesgo relativo es muy superior en la población general, oscilando entre 6,11 en 2004 y 13,12 en 2009. (Tabla 171).

RIESGO DE OCUPAR DETERMINADOS PUESTOS DE TRABAJO Y PASAR A JUBILACIÓN O SEGUNDA ACTIVIDAD POR PRESENTAR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA O MIXTA

Para investigar el riesgo de llegar a ser valorados por el Tribunal Médico de Incapacidades de la DGP y el ocupar determinados destinos y puestos de trabajo, se ha comparado la media de la población total del CNP en los seis años de estudio, la media del total de funcionarios que ocupaban ese puesto de trabajo, y la media de los que ocupando ese puesto habían sido propuestos para pasar a una situación administrativa de Jubilación o de Segunda actividad, por patología psiquiátrica y mixta.

Los resultados indican diferencias significativas en Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana, al encontrar más proporción de funcionarios con riesgo en ese puesto de trabajo que el resto de funcionarios de otros puestos de trabajo del CNP. (Tabla 180).

En Investigador de la Escala Básica, hay menos, proporción de individuos que en el resto de la población de otros puestos de trabajo. (Tabla 181).

Lo mismo ocurre con el puesto de Jefe de Equipo Operativo y Personal Operativo Policía, y en Personal ODAC. (Tablas 182, 184, y 185).

En cuanto al puesto de Investigador Inspector no se ha observado diferencias significativas entre los que pertenecen a este puesto y el resto de la población de otros puestos de trabajo del CNP. (Tabla 183).

17 CONCLUSIONES.

Tras examinar los resultados de la investigación llevada a cabo, se llega a las siguientes conclusiones:

- 1) La Jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio con diagnóstico de Trastorno mental, alcanza el 15,96% del total de las jubilaciones, siendo en los años estudiados, según la media de la población policial, de 9,24 por 10.000 policías.
- 2) La jubilación por Incapacidad Permanente para el servicio por diagnósticos psiquiátricos y físicos es un 14,48% del total de las jubilaciones, siendo en los años estudiados según la media de la población policial, de 8,38 por 10.000 policías.
- 3) El 20,78% de los sujetos del total de los que han pasado a Segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas, en los seis años del estudio presentan solo Trastornos mentales, siendo el 6,54 por 10.000 policías.
- 4) De los 1025 funcionarios que han pasado a Segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas, en los seis años del estudio, el 17,17% ha sido por trastornos mentales y físicos, siendo el 5,40 por 10.000 policías.
- 5) Los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía tienen menores tasas de jubilación por Incapacidad Permanente, por cualquier causa, que la población general. La primera hipótesis, los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía tienen menor proporción de Jubilaciones por Incapacidad permanente en comparación con la población general en Incapacidad Permanente, se cumple.

Estudiado el “riesgo”, de ser funcionario del Cuerpo Nacional de Policía y pasar a Jubilación por Incapacidad permanente para el servicio en sus distintos grados, comparando el número de funcionarios/año que han sido Jubilados por Incapacidad Permanente con la población general también en Incapacidad permanente, el análisis de los resultados evidencia que hay más individuos de la población general que llegan a Incapacidad

permanente que funcionarios del CNP durante los años objeto de estudio 2004 a 2009.

El riesgo relativo de Incapacidad permanente, es muy superior en la población general, al de la población del Cuerpo Nacional de Policía en los años estudiados.

- 6) No se ha podido comprobar la hipótesis de que la prevalencia de las patologías psiquiátricas en los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía Jubilados por Incapacidad permanente, es semejante a la de la población general en Incapacidad permanente, por la limitación consistente en ausencia de Registros Oficiales con información sobre enfermedades por la que los trabajadores han llegado a Incapacidad permanente, en el Sistema de la Seguridad Social.
- 7) La hipótesis de que el riesgo de que un funcionario del Cuerpo Nacional de Policía pase a la situación administrativa de Jubilación por Incapacidad permanente, o a Segunda actividad por insuficiencia psicofísica, por presentar patología psiquiátrica o mixta, es independiente del puesto de trabajo que ocupe, no se cumple en todos los casos.
- 8) Se han detectado perfiles laborales con alto y bajo riesgo de pase a Jubilación por Incapacidad permanente o a Segunda actividad por insuficiencia psicofísica.
 - a. El destino que tiene un mayor riesgo de pasar a jubilación, o segunda actividad, por patología psiquiátrica o mixta es el de Brigada Provincial de Seguridad Ciudadana.
 - b. Los destinos que tienen un menor riesgo de pasar a jubilación, o segunda actividad, por patología psiquiátrica o mixta son:
 - i. Investigador de la Escala básica.
 - ii. Jefe de equipo operativo.
 - iii. Personal Operativo de la Policía.
 - iv. Personal ODAC.
- 9) Se ha apreciado diferencia en los diagnósticos psiquiátricos emitidos en los Dictámenes del Tribunal Médico cuando la propuesta es de pase a la situación administrativa de Jubilación por Incapacidad permanente el servicio, de mayor gravedad, que los emitidos para pasar a de Segunda actividad por insuficiencia de las aptitudes psicofísicas.

- a. Los diagnósticos predominantes en la jubilación son: Episodios depresivos, Trastorno depresivo recurrente, Trastornos de ansiedad y Trastornos de adaptación, y Problemas relacionados con circunstancias socio-familiares.
Constan además en Jubilación: Trastorno psicótico secundario a consumo de sustancias, Esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno de ideas delirantes, Trastorno bipolar, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, y también los intentos de suicidio.
 - b. Los diagnósticos predominantes en el pase a Segunda actividad son Episodios depresivos, Trastorno depresivo recurrente, Trastornos de adaptación, Trastornos de ansiedad, Trastorno de la personalidad sin especificación, Trastorno mixto de la personalidad, y problemas relacionados con circunstancias socio-familiares.
- 10) Las situaciones de estrés referido por los policías del CNP estudiados, son semejantes a las descritas en otros cuerpos policiales de España y de otros países.
 - 11) El consumo de alcohol y otras drogas, es menor que el encontrado en las encuestas de población general.
 - 12) Los intentos de suicidio se sitúan en el rango de los registrados en la población general que acude a Hospitales por este motivo.
 - 13) En los sujetos que han pasado a Jubilación o a Segunda actividad, la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático es similar a la encontrada en la población general.
 - 14) La prevalencia de episodios depresivos es superior a la de la población general en los hombres. En las mujeres el tamaño de la muestra es muy pequeño para poder sacar conclusiones fiables. Ocurre lo mismo con los trastornos de adaptación.
 - 15) Respecto a la prevalencia de los trastornos de personalidad, el número de casos encontrados es pequeño, no obstante, destacamos:

- a. La prevalencia del trastorno de personalidad anancástico. es inferior a la población general.
- b. La prevalencia del trastorno paranoide, es similar a la población general.
- c. La prevalencia del trastorno límite, es semejante al de las personas que acuden a una consulta de psiquiatría.
- d. El Trastorno de control de los impulsos, está en los rangos epidemiológicos de la OMS.

18 BIBLIOGRAFÍA.

1. **Aguado Estremera, R.** (2013). "Método clásico para la revisión sistemática de la literatura científica y su aplicación al estudio del burnout" Universidad de Granada. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Tesis Doctoral. Granada. Diciembre 2013.
2. **Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J. y cols.** (2003) The Epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys Int. J. Methods Psychiatr. Res. 12(1):3-21.
3. **André López, M., Durán, X., Alonso, J., Martínez, J.M., Espallargues, M. y Benavides, F.G.** (2014). Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el periodo 2009-2012. Rev. Esp. Salud Pública. Vol. 88, mayo-junio. Nº 3: 349-358.
4. **Arancón Viguera, A.** (2002) Estudio epidemiológico sobre la incapacidad permanente para el trabajo. Medicina General 45:462-470.
5. **Arancón Viguera, A.** (2004) Estudio sobre la incidencia de la incapacidad permanente para el trabajo según sectores y ramas de actividad. Mapfre Medicina Vol. 15, nº 2 pp. 128-133.
6. **Ares Camerino, A., Soto Pino, M.L., Suárez Collantes, M., Marchena Aparicio, J.C. y Sainz Vera, B.** (2004). Causas de incapacidad permanente en la Administración local. Med. Segur. Trab. Vol. L Nº 195:25-20.
7. **Asociación Profesional de Policía.** Centro de Estudios Policiales. (2010) Usecnetwork International Magazine / Año X / Abril. Madrid.
8. **AUGC.** (2006).Secretaría de Comunicación Junta Directiva Nacional de la AUGC. Lo que la Guardia Civil esconde AUGC. Abril 2006 Madrid.(pp. 1-17)
9. **Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., et al.** (2008) Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMdD-España. Actas Esp. Psiquiatr. 35(Suppl. 2):4-11.
10. **Ayuso Mateos, J.L. y Nieto Moreno, M.** (2006). "Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad de la salud (CIF), aplicabilidad y utilidad práctica clínica". Medicina Clínica, Vol. 126, Nº 12, pp. 461-466.
11. **Baca Baldomero, E. y Gilabert Ansin, I.** (1992). Proyecto. Trastorno por estrés postraumático en el Cuerpo Nacional de Policía. Madrid. Octubre 1992.
12. **Baca Baldomero, E., Cabanas Arrate, M.L., Pérez Rodríguez, M.M., y Baca García, E.** (2004) "Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares" Med. Clín. (Barc) Mayo. 2014: 122 (18); 681-5.
13. **Baca, E. y Cabanas, M.L.** (2003). Las víctimas de la violencia. Estudios Psicopatológicos. Edit. Triacastela Madrid.
14. **Baca, E., Cabanas, M.L. y Baca-García, E.** (2002) Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y a largo plazo. Actas Españolas de Psiquiatría, 30 (2), 85-90.
15. **Baca, E., Cabanas, M.L. y Baca-García, E.** (2003). El Proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. Baca y Cabana (Eds.).

16. **Benavides, F.G. et al.** (2005) Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *American Journal Industrial Medicine*, 47; 167-80.
17. **Benavides, F.G., Boix, P., Rodrigo, F. y Gil, J.M.** (coordinadores) (2013), Informe de Salud Laboral España, 2001-2010. Barcelona: CISAL-UPF.
18. **Benavides, F.G., Durán, X., Martínez, J.M., Jodar, P., Boix, P. y Amable, M.** (2010). Incidencia de incapacidad permanente en una cohorte de trabajadores afiliados a la Seguridad Social, 2004-2007. *Gaceta Sanitaria* Septiembre-Octubre 2010. Vol. 24, nº 5. Barcelona.
19. **Berg, A.M., Hem, E., Lau, B., Haserth, K. y Ekeberg, O.** (2005) Stress in the Norwegian Police Service. *Occup. Med. (Lond)*. Mar 55 (2): 113-120.
20. **Berg, A.M., Hem, E., Lau, B., Loeb, M. and Ekeberg, O.** (2003) Suicidal ideation and attempts in Norwegian police. *Suicide Life Threat Behav* 2003 Fall; 33(3): 302-12.
21. **Boletín “Europa al día”.** (2015). Marco estratégico de la salud y la seguridad de la UE en el trabajo (105-2020) Mayo 2915. Nº 430.
22. **Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrel, C. y Obiols, J.E.** (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta nacional de Salud de España. *Psicothema*. Vol. 29 nº 3 pp. 389-395.
23. **Brown et al.** (1996) Occupational stress among senior police officers. *British Journal of Psychology*, 87 pp. 31-41.
24. **Brown, J.M., y Campbell, E.A.** (1990). Sources of occupational stress in the police *Work and Stress*, 4, 4, 305-318.
25. **Calcedo Barba, A.** (2001) La incapacidad temporal por enfermedad mental en atención primaria: criterios de actuación. *Psiquiatría y Atención Primaria*. Enero 2001. pp. 29-33.
26. **Calvé Pérez, A.** (1992) Factores de riesgo de morbilidad psiquiátrica en un grupo profesional sometido a factores estresantes (Un estudio del estrés ocupacional). Tesis doctoral. Facultad de Medicina Universidad Autónoma. Madrid.
27. **Calvo Bonacho, E.** Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Ibermutuamur. Capítulos 3, 4 y 5. Trastornos mentales; Trastornos neuróticos, Reacción de adaptación. Trastornos depresivos. Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de junio.
28. **Calvo Bonacho, E.** Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Ibermutuamur. Capítulo 2 Estándares de duración de la ITCC. Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TIN/1902/2009, de 10 de junio.
29. **Carbajo, M.D.** (2009) Nuevas evidencias para la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común. INSS, Seminario de investigación, 9 de diciembre. Barcelona.
30. **Carrasco, J.L., Sáiz, J. y López-Ibor, J.J.** (1994). Monoaminooxidasa plaquetaria reducida en buscadores de sensaciones: un estudio con toreros y desactivadores de explosivos. *Psiquiatría Biológica* Vol. 1 nº 1, Mayo-Junio, pp. 3-8.

31. **Carrillo F, Álamo M del, Ruiz S.** (2006) La cara oculta de los Policías en España, riesgos psicosociales de la actividad policial. Editorial Germanía.
32. **Catalina, C., Cabrera, M., Sáinz, J.C., Barrenechea, J.L., Madrid, A., y Calvo, E.** (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Rev. Calid. Asist.* 2011; 26(1): 39-46.
33. **CIE-10** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión Publicación Científica No. 554. organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 Twenty-third Street, N.W Washington, D.C. 20037, E.U.A.
34. **CIE-10** Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico OMS. (1992). Meditor.
35. **CIE-9 MC** (4ª edición) CIAP-2 Correlación de códigos para la gestión de la Incapacidad Temporal (2012). Instituto Navarro de Salud.
36. **CIE-9-MC.** Listado Abreviado para gestión de procesos de incapacidad temporal. (2003) Ministerio de Administraciones Públicas. Secretaría de Estado para la Administración Pública MUFACE. Madrid.
37. **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las consecuencias de la enfermedad.** (2007). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Publicada de acuerdo con la resolución WHA 29.35 de la vigésimo novena Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976.
38. **Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria** (1990). CIPSAP-2 DEFINIDA Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria-2- Definida. Es una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (9 Revisión) (CIE-9) para uso en Medicina General (CIE-9-MG), Realizada por el Comité de Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales /Médicos de Familia). Editorial Masson. S.A.
39. **Comisión de las Comunidades Europeas.** Libro Verde Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental Bruselas, 14.10.2005 COM (2005) 484 final.
40. **Conferencia de alto nivel de la UE: Unión Europea** (2008, 12-13-de junio), Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, Bruselas.
41. **Cooper, C.L., Davidson, M.J, y Robinson, P.** (1982) Stress in the Police Service. *Journal Occupational Medicine*, Jan; 24(1):30-6.
42. **Cruz, M.C.** (1995). Marco Psiquiátrico-Legal del alcoholismo en funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. En *Psiquiatrías y Ley*. III Jornadas de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Cáceres 24-25 de Noviembre. Editor Prof. Alfredo Calcedo, pp. 235-251.
43. **Cruz, M.C.** (1997). Intoxicaciones Abusos y Dependencias Derecho Laboral y Profesiones Especiales. Comunicación personal. VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal Drogas, Psiquiatría y Ley. Ávila 8-10 de octubre de 1997.
44. **Declós, J., Gimeno, D., Torá, I., Martínez, J.M., Manzanera. R., Jordi, J., Alberti, C. y Benavides FG** (2013). Distribución de la duración de la incapacidad temporal por contingencia común por diagnóstico médico (Cataluña, 2006-2008). *Gaceta Sanitaria Enero-Febrero*. Vol. 27 núm. 1 Barcelona.

45. **Delclós, J., García, S., López, J.C., Sampere, M., Serra, C., Plana, M., Vila, D. y Benavides, F.G.** (2010). Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Arch. Prev. Riesgos Labor. 2010; 13 (4): 180-187.
46. **Deschamps, F., Paganon-Badinier, I., Marchand, A.C, and Merle, C.** (2003). Sources and Assessment of Occupational Stress in the Police. J. Occup. Health, 45: 358-364.
47. **Durán, M.A., Montalbán, M.F. et al.** (2006) El síndrome de estar quemado en la Policía: perfil de incidencia e influencia de factores sociodemográficos. Revista de Psicología Social Vol. 21, Nº 1 enero, pp. 95-107.
48. **Duran, X., Martínez, J.M. y Benavides, F.G.** (2012). Tendencia temporal de la incapacidad laboral permanente en España (1992-2010. Rev. Esp. Salud Pública Septiembre-Octubre 2012. Vol. 86, nº 5.
49. **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo**, Enciclopedia OIT (2001) Tomo 1/26.2.
50. **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)** 2009/2010. Plan Nacional de Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, octubre-2010.
51. **Encuesta Europea de Salud España 2009 (EES09)** INE, (2011, mayo) Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Madrid.
52. **Encuesta IDEA** (Impact of Depression in the Workplace in Europa Audit) 25º Congreso de la ECNP Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología Viena 20-22 de octubre de 2012
53. **Enguita Martín, R.C. y Ramos Muñoz, R.** (2013). Trastorno de adaptación, Análisis de la incapacidad laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. R Med Segur Trab (Internet) 59 (232) 322-344.
54. **Estudio sobre Costes y Carga de la depresión en Cataluña (COSTDEP-2006)**. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. Barcelona 2011, pp. 38, 81-82.
55. **Fernández Lareu, F.A**, Estudio de una Unidad de Contingencias Comunes durante un periodo de cuatro años 2005 a 2009, Centro Asistencial de ASEPEYO A Coruña IL3. ASEPEYO).
56. **Fernández, C. y Marcos, M.J.** (1999), Evaluación de las patologías orgánicas que determinan un cambio de situación administrativa en la Dirección General de la Policía. DGP. Ciencia Policial Nº 50, septiembre-octubre 1999. pp. 41-43.
57. **Fernández-López, J.A. et al** (2009) Funcionamiento y Discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) Rev. Esp. Salud Pública Vol. 83, Nº 6.
58. **Ferrando, L. y Gabriel, R.** (2006), "Consecuencias psicopatológicas de los atentados del 11 M en el Cuerpo Nacional de Policía: resultados de un estudio transversal doce semanas después del suceso". Ciencia Policial. 76 .Mayo 2006 pp. 65-82.
59. **Fisac Noblejas, E., Garrido de los Reyes, Y. y Benito Domínguez, E.M.** (2009). ATRIUM comparación entre las propuestas de ASEPEYO y los dictámenes del INSS. Madrid 2009. ASEPEYO. IL3. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona.

60. **Foro de Debate INESME** (2011) Presente y futuro de las enfermedades más prevalentes. INESME. Madrid.
61. **Foro mundial de la seguridad social** (2007). 29 Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social "AISS"; Moscú.
62. **Fresnillo Riesgo, E.** (1999) Trastornos mentales y del comportamiento en el cuadro de exclusiones para el ingreso en el CNP y en la Escala básica de la Guardia Civil. Estudios de Ciencia Policial. DGP, nº 49. Julio-Agosto pp. 21-23.
63. **Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagu, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A. et al.** (2007) Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general. Medicina Clínica 129(13):494-500.
64. **García Bernáldez, J. y Ruiz Villa, M.I.** (2008) Revisión de los casos de incapacidad temporal tramitados desde ASEPEYO al INSS por el sistema ATRIUM en el año 2008 en las Comunidades de Castilla-La Mancha y Extremadura. ASEPEYO. IL3. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona.
65. **García Calleja, M.** Inspección Médica Bajas laborales y Riesgos Psicosociales en la Enseñanza. Palencia. Cursos 89-02. Dirección Provincial de Palencia. Junta de Castilla y León. Consejería de Educación y Cultura. Palencia.
66. **García Ormaechea, R.** (1933). El accidente de trabajo y la enfermedad profesional. Conferencias dadas en la Clínica del Trabajo 8 y 25 de octubre Núm. 400.
67. **Gershon, R.R., Lin, S. y Li, X.** (2002) Work stress in aging police officers. J. Occup. Environ Med Feb; 44(2): 160-7.
68. **Gilaberte Asin, M.I.** (1994) "Trastorno por estrés postraumático. Estudio de una población de riesgo". Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Madrid.
69. **Gilaberte, I. y Baca, F.** (2000). Trastorno por estrés postraumático. Estudio en una población de riesgo. Archivos de Psiquiatría 63 (3): 259-261
70. **Giner, J. et al** (2014) Consenso español de salud física del paciente con depresión, Rev. Psiquiatr Salud Mental (Barc). 2014; 7(4): 195-207.
71. **Gómez Beneyto, M. Coord. Científico** (2011). Sanidad 2011. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.
72. **González Gutiérrez, M.V., Guerrero Velázquez, J., Sánchez Martínez, J.A., Casas Maldonado, F., González Vargas, F.** (2014) Prevalencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con EPOC calculada mediante diagnóstico psiquiátrico. Revista Española de Patol Torácica 26(4) 234-243.
73. **González Klett, M., Mata Hernández, I. y Mena García, E.** (2009). Trastorno de ansiedad-depresión en el entorno de la contingencia común. Máster Universitario en Medicina Evaluadora Edición 2006-2007. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona IL3 ASEPEYO
74. **Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. et al.** (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 126 (12): 442-451
75. **Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G.M., Romera, B., Codony, M., Autonell, J. y cols.** (.2003). La Epidemiología de los trastornos mentales en España:

- métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*; 31(4): 182-191.
76. **Hartley, T.A., Violanti, J.M., Fekedulegn, D., Andrew, M.E. y Burchfiel, C.M.** (2007). Associations between major life events, traumatic incidents, and depression among Buffalo Police officers. *Int. J. Emerg. Mental Health* 9 (1): 25-35.
 77. **Hert, M de. et al.** (2009) Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave. Declaración de la posición de la Sociedad Psiquiátrica Europea (EPA), respaldada por la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)* 2009; 2(1):49-59.
 78. **Holma, I.A.K., Melartin, T.K. et al.** (2012). A 5-year prospective study of predictors for disability pension among patients with mayor depressive disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* Abr. 125(4): 325-334.
 79. Informe del Parlamento Europeo sobre la salud mental (2008/2209(INI)) de 28 de enero de 2009. Documento de sesión A6-0034/2009. Ponente Tzampazi, E. RR\7651ES.doc.
 80. **Informe Madrid 2007** del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Objetivo 6. Mejorar la salud mental. Instituto de Salud Pública. Salud Madrid Comunidad de Madrid.
 81. **Informe Mundial sobre las Drogas 2012** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Naciones Unidas Nueva York.
 82. **Instituto Nacional de la Seguridad Social.** Jornada Incapacidad Temporal INSS-SEMG “Un año tras el cambio del año” Madrid, 4 de diciembre de 2009.
 83. **Janik, J. and Kravitzm H.M.** (1994). Suicide and Life-Threatening Behavior Linking Work and Domestic Problems with Police Volume 24. Issue 3 pages 267-274. Falla 1994.
 84. **Kessler, R.C. and Ustun, B.** (Eds.) (2008) The WHO World Mental Health Surveys. Global Perspectives in the Epidemiology of Mental Disorders. Published in collaboration with the World Health Organization, Geneva, Switzerland. New York; Cambridge University Press
 85. **Komarovskaya, I., Maquen, S., McCaslin, S.E. et al** (2011). The impact of killing and injuring others on mental health symptoms among police officers. *J. Psychiatr. Res.* 45 (10) 1332-6.
 86. **Laffon Roca, A.** (investigador principal) Estudio EPISER 2000 realizado por la Sociedad Española de Reumatología. Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 99/0251) Madrid.
 87. **Lechuga López, M.** (1999), Patologías Médicas de mayor incidencia en el Cuerpo Nacional de Policía. DGP. Ciencia Policial Nº 49, Septiembre-octubre, 1999. pp. 69-78.
 88. **López Cuenca, J.I.** (1999 julio-agosto) Patologías médicas de mayor incidencia en la Guardia Civil. Medidas generales de prevención. Estudios Ciencia Policial, Nº 99. DGP, pp. 79-93.
 89. **López González, M. y Gimeno Navarro, R.** (1990) Servicio de Psicología. Dirección General de la Guardia Civil. Trastorno por estrés postraumático crónico, “Evaluación psicológica y neuroquímica de Guardias Civiles víctimas de un atentado terrorista”. Comunicación presentada en el II Congreso Oficial de Psicólogos (15-20 de abril de 1990), Valencia. Facultad de Psicología.

90. **Lozano, J.M., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I. et al.** (2007) Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta* Vol. 36, núm. 1, 2, pp. 79-88. ICE Universidad de Oviedo.
91. **Madariaga Zamalloa, I.** (2014). Valoración funcional de la patología psiquiátrica menor. Guía de valoración de la Incapacidad Temporal (IT) de patología psiquiátrica. *Med Segur Trab (Internet) Suplemento extraordinario* 2014. Nº 1: 39-43.
92. **Malo, M.A.** (Investigador principal), Cueto, B., García, C. y, Pérez, J.I. (2012, noviembre). La medición del absentismo: Estimaciones desde la perspectiva de las empresas y de las vidas laborales Informe final Premios Fipros 2011. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social.
93. **Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B.** (2001). La resiliencia estado de la cuestión. En M. Manciaux (ed.) *La resiliencia: resistir y rehacerse.* (2003). Gedisa. Madrid.
94. **Marchena Aparicio, J.C., O'Ferrall González, C., Ares Camerino, A., González Domínguez, M.E. y Romero Sánchez, J.M.** (2011). Incapacidad permanente en una empresa pública en el periodo 1995-2009, *Medicina y Seguridad del Trabajo*, julio-septiembre, 57(224) 256-264.
95. **Marcus, M., Yasami, T. et al** (2012) OMS Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
96. **Martín Paramio L** (1995) *Atentados terroristas en Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.* Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Madrid.
97. **Martínez Herrera, J.A.** (2008). Médico Evaluador El Trastorno mental como causa de incapacidad. Dirección Provincial INSS Madrid: Comunicación personal. Conferencia en el Máster de Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid 19 de Mayo 2008.
98. **Mchugh, P, y Slavney, P.** (2001) *Una perspectiva de la Psiquiatría.* Editorial Prensas Universitarias. Zaragoza.
99. **Méjica, J. y Bobes, J.** (2011) El soporte legal y jurisprudencial de las Incapacidades permanentes derivadas de trastornos mentales y del comportamiento: criterios de actuación y de valoración para profesionales sanitarios. Oviedo. Fundación Méjica, pág. 60.
100. **Ministerio de Sanidad y Consumo** Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. 2006.
101. **Ministerio de Trabajo e Inmigración.** Secretaría de Estado de la Seguridad Social. INSS Tiempos estándar de Incapacidad Temporal 2ª edición. NIPO: 791-09-079-3. Catálogo general de publicaciones oficiales.
102. **Ministerio de Trabajo e Inmigración.** Secretaría de Estado de la Seguridad Social. INSS. (2.012) Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal. 3ª edición NIPO 271-13-055-4. Catálogo General de Publicaciones.
103. **Molina Bermejo, M.S., Ciria de Pablo, C., Tirado Errazquin, A.M. y Benito Ortiz, L.** (2006) ¿Qué factores influyen en la concesión de una incapacidad permanente? *Atención Primaria.* Vol. 37, nº 4 Marzo.
104. **Moreno, J.O., López Bastida, J. et al.** (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics* 10 (4), 361-369.

105. **Moreno-Küstner, B.** (2.010). Resultados del estudio español PredictD-España. XVI Congreso WONCA Europa. Málaga, 7-9 octubre 2010
106. **Muñoz, P.E.** (1990, febrero). Encuesta de salud. Policía Española. 64: 67-73.
107. **Newman, D.W. y Rucker-Reed, M.L.** (2004) Police stress, state-trait anxiety and stressors among U.S. marshals, *Journal of Criminal Justice*, 32, 631-641.
108. **Nierenberg, A.A. et al.** (2008). Antecedentes familiares de suicidio consumado y características del trastorno depresivo mayor: estudio STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression). *Psiqu. Biol.* 2008; 15(16): 195-201.
109. **Nieto González, J.A.** (1999) Cuadro de exclusiones médicas, justificación y criterios de elaboración. *Ciencia Policial DGP* nº 49, Julio-Agosto, pp. 9-14.
110. **Nieto, J.A. y Pardo, B.** (1995) Estudio sobre consumo de tabaco y alcohol por los funcionarios policiales destinados en la J.S.P., de Madrid. Madrid.
111. **Nuevo informe de UGT** sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo. (2009). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Infocop. Noviembre-diciembre 2009. nº 45, pág. 43.
112. **Oligny, M.** (1994) "Quemarse" en la profesión policial. *Revista Internacional de Policía Criminal*, Enero/Febrero, pp. 22-25.
113. **OMC**, 2001. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. OMC agosto 2001.
114. **OMS.** 2001: "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud" (CIF)
115. **Peñalba, V., McGuire, Hugh. and Leite, J.R.** Intervenciones psicosociales para la prevención de los trastornos psicológicos en los agentes de policía (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
116. **Pérez Fernández, Z.M. y Gervás, J.** (2002) El efecto cascada implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Medicina Clínica* (Barcelona), 118; 65-67.
117. **Pérez Morote, M.L., López-Torres Hidalgo, J. y López Verdejo. M.L.** (2015). Características sociosanitarias de los pacientes en incapacidad temporal en el área sanitaria de Albacete. *Med Segur Trab* 61 (238) 45-56.
118. **Pérez Pineda, B., García Blázquez. M.** (1996) Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente. Edit. Comares. Granada pp. 379-380.
119. **Phillips, MR. et al.** (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 2009 Jun: 2041-2053
120. **Pienaar, J. and Rothmann, S.** (2006). Occupational stress in the South African police service *SA Journal of Industrial Psychology*; Vol. 32, No 3: 63-71.

121. **Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Palacín, C., Torres, J.V., Ochoa, S., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Codony, M. y Alonso, J.** (2.007). Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 35 (Suppl. 2): 12-20
122. **Popper K** (1982) Conocimiento objetivo. Un enfoque evolucionista. Tecnos. Madrid.
123. **Puelles, C.** (2007). Funciones, cometidos y actuaciones del Psicólogo del Área II de la Unidad Sanitaria Provincial de Madrid. Comunicación personal. Ponencia. III Jornadas del Salud Mental del Cuerpo Nacional de Policía. 29-30 de noviembre, 2007. Barcelona. Secretaría de Estado de Seguridad. Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil. (formato CD).
124. **Puelles, C.** (2008). Consumo perjudicial de alcohol en el Cuerpo Nacional de Policía: Implicaciones disciplinarias, laborales y psicopericiales. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 8, pp. 79-106.
125. **Puelles, C.** (2008). Delitos de atentados contra agentes de la autoridad: Estudio a través de Sentencias de Audiencias Provinciales. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 8. Pp. 19-41.
126. **Puelles, C.** (2008). El Psicólogo en el Cuerpo Nacional de Policía (CNP). Manual Docente de Psicología Clínica Legal y Forense. Coord. Graña, J.L., Peña, M.E. y Andreu, J.M. Universidad Complutense de Madrid. Madrid (1): 197-210
127. **Puelles, C.** (2009). Exigencia emocional del Trabajo Policial. Comunicación personal. IV Jornada de Salud Mental en el Cuerpo Nacional de Policía. Zaragoza 7-8 mayo 2009. (Formato CD)
128. **Puelles, C.** (2009). Experiencia y carga emocional del trabajo policial: La intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 9: 171-196.
129. **Puelles, C.** (2010). Exigencia emocional de trabajo en las Unidades de Intervención Policial. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 10, pp. 91-119.
130. **Querejeta González, M.** (2003) en "Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación" Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad IMSERSO. Madrid.
131. **Randhir, S.R.** (2009) Management of Stress and Coping Behavior of Police Personnel through Indian Psychological Techniques. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, January 2009, Vol. 35. No. 1, 47-53.
132. **Retolaza, A.** (2007). Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados? Norte de salud Mental Revista de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. OME. Bilbao. nº 29 pp. 44-50.
133. **Revista Ciencia Policial** (1999). Revista internacional. "Tratando el estrés en la Policía" Instituto de Estudios de Policía. DGP. Madrid Julio-Agosto 2009. pp. 99-107.
134. **Rivas Recio, J.R. y Sesé Madrazo, C.** (2006). Estudio sobre la Incapacidad laboral Permanente, Valencia: 2002-2005. *Med. Secur. Trab.* Vol. LII. Nº 204:07-42.

135. **Rivas Szust, P. y Molina Aragonés, J.M.** (2008) Incapacidad laboral y salud mental en la población laboral. MC Salud Laboral, Nº 10, octubre.
136. **Rizo, R. y Barrios, L.F.** (2012) Salud mental en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Desde la Psicología y el Derecho. Abalar Consultores S.L. pág. 35.
137. **Robledo, F., Fresnillo, E., Tamargo, J., Rojo, Y., Benito, M.T., y Alegría, V** (1993). Evaluación de la Incapacidad Psicofísica, en la Dirección General de la Policía. VIII Jornadas de Valoración Médica de la Invalidez. Actas pp. 157-169.
138. **Rodríguez Cabrero, G.** Responsable del Proyecto (2011). UGT. Observatorio de riesgos psicosociales. Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010.
139. **Rodríguez Ortiz de Salazar, B., Gómez Gállico, A., García Parra, A. y López Gómez, I.** (2005) Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal. Mafre Medicina, Vol. 16, nº 3, 184-194.
140. **Roe, R.A.** (2002) Competences -A key towards the integration of theory and practice in work psychology- Gedrag en Organisatie, 15, 203-224.
141. **Ruiz Pérez, I. y Orly de Labry Lima, A.** (2006). El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit: 20(1):25-31.
142. **Saathoff, G.B. and Buckman, J.** (1990). Diagnostic results of psychiatric evaluations of state police officers. Hosp Community Psychiatry. 1990 Apr; 41(4):429-32.
143. **Sallent Claparois, M., Riera Nadal, N. et al** (2007) Análisis de las incapacidades laborales por depresión en mujeres. Psiquiatría Biológica 14(5): 171-175.
144. **Sánchez Milla, J.J., Sanz Bou, M.A., Apellaniz González, A., y Pascual Izaola, A.** (2001) Policía y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica. SESLAP. Vol. 1 – Nº 4 pp. 21-25.
145. **Sánchez Milla, J.J., Sanz Bou, M.A., Casado Benito, J. y Pascual Izaola, A.A.** (1995). Análisis descriptivo de la siniestralidad laboral en el Cuerpo Nacional de Policía de Bilbao .Medicina y Seguridad del Trabajo Tomo XLII Núm. 167: 35-51.
146. **Sánchez, R.** (2007). Absentismo de causa psíquica en el CNP (1998-2006). Comunicación personal. Ponencia. III Jornada de Salud Mental en el CNP. 20-30 de noviembre de 2007. Barcelona. Secretaría de Estado de Seguridad. Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil. (Formato CD)
147. **Solé Juvés, M. y Rodríguez, M.** Trayectorias laborales e incapacidad permanente. Investigación financiada mediante subvención según Orden TIN/1512/2010, de 1 de junio (premios para el Fomento de la Investigación de la Protección Social -FIPROS). Ministerio de Empleo y Seguridad Social).
148. **Souza, E.R de., Franco, L.G., Meireles, C.C de., Ferreira, V.T. and Dos Santos, N.C.** (2007) Psychological distress among civilian police: Agender based analysis. Cadernos de Saúde Pública, vol. 23, núm. 1 (pp. 105-114). Río de Janeiro. Brasil.
149. **Steyn, R., Vawda, N., Wiatt, G.E., Villiams, J.K, and Madu, S.N.** (2013) Posttraumatic stress disorder, diagnostic criteria and suicidal ideation in a South African Police sample. Afr J Psychiatry 2013; 16: 19-22.

150. **Symonds, M.** (1970) Emotional hazards of police work. *American Journal of Psychoanalysis*, 30, pp. 155-160.
151. **Tamargo, J.J.** (1994). Absentismo y evaluación de la incapacidad en el ámbito del Ministerio del Interior, Servicio Sanitario DGP. Madrid. No publicado.
152. **Torres Álvarez, E., San Sebastián, X., Ibarreche, R. y Zumalabe, J.M.** (2002). Autopercepción del estrés laboral y distrés un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, Vol. 14, nº 2 pp. 215-220. ISSN0214-9915 Coden Psoteg).
153. **Trilla Suárez, M.L. y García Valriberas, R.** (Coord.). (2010) Manual para la valoración de la incapacidad temporal en las patologías más prevalentes. Dirección General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid, pág. 20.
154. **Valero Muñoz, M.R., Carbajo Sotillo, M.D., García González, A. y Martínez Herrera, J.A.** (2004) Análisis de la Incapacidad Permanente en la Comunidad de Madrid. INSS, Dirección Provincial de Madrid. *Med Segur Trab*. Vol. 1, Nº 195: 2º Trimestre-junio. 39-49.
155. **Vallejo Ruiloba J.** (2003) La psicopatología en el momento actual, en Baca E, Lázaro J, Hechos y valores en Psiquiatría. Editorial Triacastela pp. 143-158.
156. **Vaquero Abellán, M., et al.** (2013) La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, económicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la incapacidad temporal. *Trauma Fund MAPFRE*. Vol. 24 nº 4:249-257.
157. **Vázquez González, M.C.** y Camio Barrenechea, M. (2008) Resultados de ATRIUM en las Islas Baleares 2008. ASEPEYO. IL3. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona.
158. **Vázquez, M.** Director Científico (2012). La salud Mental de las y los trabajadores. Elaborado por: Observatorio vasco de acoso moral. Edita: LA LEY. Madrid., pág. 52
159. **Vicente Herrero, M.T., et al.** (2010). Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Medicina de Familia, Semergen*, 36(8); 456-461.
160. **Villaplana García, M.** (2014) Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Med Segur Trab (Internet) Suplemento nº 1*: 65-73.
161. **Violanti, J.M.** (2004). Predictors of police suicide ideation. *Suicide Life Threat Behav* 2004. Autumn; 34(3): 277-83.
162. **VV.AA.** (2009) Monografía. Guía para la valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III, Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid Capítulo 7: 117-118.
163. **Wang, J., Afifi, T.O., Cox, B. and Sareen, J.** (2007). Work-family conflict and mental disorders in the United States: Cross-sectional findings from The National Comorbidity Survey *American Journal of Industrial Medicine*. Feb. Vol. 50(2); 143-149-.
164. **Zubin, J.** (1967) Classification of the Behavior Disorders. En A. Ávila (Dir.). *Evaluación Psicológica Clínica*, vol. 1 p. 241. UCM. Madrid.

19 ANEXO

19.1 Marco legislativo

JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de los años, se han ido publicando numerosas normas, Leyes, Reales Decretos, Órdenes Ministeriales, Reglamentos, doctrina pronunciada o dictada por Tribunal Supremo, Tribunal Superior de Justicia, Audiencia Nacional, OMS, CEE y otros, normativa relacionada con la salud de los españoles, la Sanidad, el sistema de la Seguridad Social, los Funcionarios del Estado, Clases Pasivas, o con el Mutualismo.

Hemos considerado importante tener en cuenta, un extenso marco normativo en la elaboración de esta Tesis Doctoral, por la relación directa o indirecta que la legislación tiene, tanto con la Incapacidad Laboral Temporal, como con la Incapacidad Permanente, haciendo además especial referencia a la legislación que se refiere a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

La relación de disposiciones se expone de forma cronológica, desde la más antigua mencionada en el estudio, a lo último legislado, en estas materias, para hacer más fácil su consulta, constando en ellas los artículos más destacados, o un resumen de los mismos.

En la recopilación y análisis realizado de la legislación, hemos incluido también normas que han sido derogadas o modificadas, por la relevancia que tuvieron en la fecha de su publicación, y porque sirvieron de base para posterior legislación.

Toda la legislación anexa, aparece citada en el desarrollo teórico de este estudio.

Real Decreto de 8 de enero de 1824, de Fernando VII, para el establecimiento de la Policía General del Reino con la promulgación de la Real Cédula de 13 de enero de 1.924.

Real Cédula de 19 de agosto de 1827 fueron modificados algunos artículos del Real Decreto de 8 de enero y reglamento de 20 de febrero de 1824.

Real Decreto de 26 de enero de 26 de enero de 1844, se crea una Policía civil llamada Cuerpo de Protección y Seguridad.

Decreto de 28 de marzo de 1844. Creación del Cuerpo de Guardias Civiles “cuerpo especial de fuerza armada de Infantería y Caballería”, bajo las dependencias del Ministerio de la Gobernación y del de la Guerra.

Real Decreto de 23 de marzo de 1905 reorganiza la Policía Gubernativa con las ramas de: Seguridad, Vigilancia y Servicios especiales. Mediante este Real Decreto se crearon; la Escuela de Policía, el Colegio de Huérfanos y la Caja de Socorros.

Ley de 27 de febrero de 1908, fue la que organizó de forma definitiva la Policía Gubernativa, tal como hoy es conocida, estableciendo como componentes de la misma tres Cuerpos Policiales: el Cuerpo de Seguridad, el Cuerpo de Vigilancia, y el Cuerpo de Servicios Especiales.

Real Decreto Ley de 22 de octubre de 1926. Estatuto de Clases Pasivas Unificó por primera vez el régimen jurídico de los derechos pasivos de los empleados civiles y militares, fijó los derechos de los funcionarios que ingresasen al servicio de la Administración Pública...Regulaba el derecho al percibo de pensiones de jubilación, retiro, viudedad y orfandad con cargo a los fondos del Tesoro y gestionados directamente por la Administración Estatal. (La insuficiencia de protección fue manifiesta a lo largo de los años, por lo que se impulsan los montepíos y mutualidades de funcionarios públicos).

Real Decreto de 25 de noviembre de 1930. Reglamento Orgánico, de la Policía Gubernativa editado por Mola y aprobado con carácter provisional, (Gaceta de Madrid). Crea el Cuerpo de Investigación y Vigilancia, y los Cuerpos de Seguridad y Asalto.

Ley de 8 de marzo de 1941, modifica el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa. Transformó el antiguo Cuerpo de Investigación y Vigilancia, en el Cuerpo General de Policía, (investigación, prevención e información), no uniformados, y creó con carácter militar, el Cuerpo de Policía Armada y de Tráfico, (orden público), uniformados, contaba, con la asistencia Médica prestada por el Cuerpo de Sanidad Militar;

Decreto de 31 de diciembre de 1941, (B.O.E. de 6 de marzo de 1.942) se dicta para la aplicación de la Ley de 8 de marzo de 1941, reorganizadora de la Policía gubernativa. En el Artículo 5º de ingreso en la Escala Superior de Mando, alude a la capacidad física, “la cual será declarada por un Tribunal Médico compuesto por facultativos al servicio de la Dirección General que designará el titular de ésta”

Dirección General de Seguridad, 16 de Marzo de 1942 en las instrucciones dictadas para su funcionamiento, establece (ya que los Funcionarios del Cuerpo General de Policía y Auxiliares de oficina no reciben asistencia sanitaria del Estado) que el Servicio Sanitario tenga dos organismos: a) El Cuerpo de Inspectores Médicos (que se regía por un Reglamento especial) y, b) Los Servicios Sanitarios de la Dirección que

eran cubiertos por funcionarios del Cuerpo General de Policía con Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, con ejercicio profesional. Especifica las misiones a cumplir.

Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). (BOE núm. 361, de 27 de diciembre de 1942). Se aplica con carácter obligatorio “a todos los productores económicamente débiles”. “Serán considerados productores todos aquellos que con su trabajo intervengan en España en un ciclo cualquiera de la producción, bien sea por su cuenta o por cuenta ajena, así como los que trabajan en su domicilio y los colocados en servicios domésticos. Por el Artículo noveno “Quedan exceptuados del Seguro obligatorio de enfermedad los funcionarios públicos...” El Servicio médico será organizado por el INP. Un Médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad podía proponer la invalidez por enfermedad de un trabajador, y la Caja Nacional podía concederla de ese modo. Contemplaba la atención neuropsiquiátrica entre sus prestaciones

Orden Ministerial de 24 de octubre de 1946 por las que se crean las Mutualidades Laborales como complemento a los seguros sociales del INP, y así dice en el preámbulo “aunar previsión obligatoria, mutualismo nacional, reglamentaciones de trabajo, distribución de riqueza social y seguridad social”.

Decreto de 10 de enero de 1947, por el que se establece el Seguro de Enfermedades profesionales, y su Reglamento el 19 de julio de 1949. Su antecedente fue el seguro de silicosis. Fija un aseguramiento especial, y define estas enfermedades como “... aquellas que producidas por consecuencia del trabajo y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión o muerte”. En el Anexo se incluye el cuadro de enfermedades profesionales, dieciséis grupos y las industrias capaces de producirlas. (BOE núm. 21, de 21 de enero de 1947).

Decreto de 22 de junio de 1956 por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley y el Reglamento de accidentes de trabajo (BOE núm. 197, de 15 de julio de 1956). Se realiza en cumplimiento del Artículo 5º de la Ley de 22 de diciembre de 1955 que unificó la legislación de accidentes de trabajo, se refunde con la de 8 de octubre de 1932, y se redacta un Reglamento para la aplicación del texto. En el Artículo 36 se señala que en el caso de indemnización el baremo será señalado por un Tribunal Médico domiciliado en la Delegación del INP, constituido por el Inspector Provincial Médico de la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, que lo presidirá y del que formarán parte como vocales, un Médico designado por la Delegación provincial de Sindicatos y otro por la entidad aseguradora que haya asumido el riesgo, o el Fondo de Garantía en caso de patrono no asegurado.

Orden del Ministerio de la Gobernación de 12 de noviembre de 1958 (BOE del 3 de diciembre), declaraba la aplicación para el Cuerpo de la Policía Armada y de Tráfico el cuadro de Inutilidades de la Guardia Civil.

Ley 45/1959 de 30 de julio de Orden Público (BOE núm. 182 de 31 de julio de 1959), Artículo cuarto Uno, El Ministro de la Gobernación ejerce el mando superior de las Fuerzas de Seguridad del Estado. Disposición derogada.

Ley 109/1963, de 20 de julio, de Bases de los funcionarios civiles del Estado. (BOE núm. 175 de 23 de julio de 1963). En su Base Décima. Siete, dispone que “se establecerá por Leyes Régimen de Seguridad Social de los funcionarios”. En el texto de esta Ley consta la necesidad de revisión de la legislación española de funcionarios:

En sus trazos fundamentales, la ordenación de la función pública española arranca del Decreto de 18 de junio de 1852, ley que no llegó a ser aprobada. La ley de Bases de 22 de julio 1918 y su Reglamento de 7 de septiembre de 1918, completaron algunos extremos de la de Bravo Murillo, pero sin revisión a fondo. Ambas disposiciones “fueron dictadas como soluciones de emergencia”. Desde esas fechas se han dictado numerosas leyes y disposiciones relativas a los funcionarios.

Esta Ley establece como órgano fundamental una Comisión Superior de Personal, que es un órgano colegiado con “... amplias y superiores funciones consultivas y de inspección, impulso y coordinación...”

Se consagra definitivamente la unificación de los Cuerpos Generales de la Administración del Estado, se regulan los derechos económicos de los funcionarios.

Ley 193/1963 de 28 de diciembre de Bases de Seguridad Social, (BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1963), tiene como objetivo implantar un modelo unitario e integrado de protección social en situaciones como alteración de la salud, incapacidad laboral, muerte, vejez, desempleo y, familia. Dice en el Preámbulo que “Al estructurar un sistema de Seguridad Social, la Ley amplía su campo de aplicación, en el que quedarán encuadrados todos los españoles que reúnan las condiciones previstas en la base segunda, cualquiera que sea su actividad profesional”. En el Artículo Segundo, Base Segunda, Campo de aplicación dice que tendrán derecho a los beneficios de la Seguridad Social, todos los españoles..., y en el apartado Cinco, f) “Funcionarios civiles y militares en cualquier situación”.

No obstante, en la Disposición Adicional dice “Queda exceptuado de lo dispuesto en el artículo segundo de esta Ley la ordenación de la Seguridad Social de los funcionarios públicos civiles y militares cuyo régimen de desarrollo será objeto de ley o leyes especiales” Los regímenes especiales se configuran como excepcionales e inevitables, y transitorios A los Funcionarios civiles y militares, se los excluye; se regularía por Ley o Leyes especiales.

La Base octava, Invalidez, señala que es, situación o estado constitutivo de invalidez, la “incapacidad permanente por causa de enfermedad común o profesional o de accidente, sea o no de trabajo”, los grados de invalidez: absoluta para todo tipo de trabajo, y Gran Invalidez, y que tendrán derecho a tratamientos especializados.

Decreto 315/1964 de 7 de febrero, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley 109/1963, de Funcionarios Civiles del Estado. (BOE núm. 40, de 15 de febrero de 1964, Hasta la aparición de esta Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado, los funcionarios del Cuerpo General de Policía, y Auxiliares de oficina no recibían asistencia sanitaria del Estado, por lo que ésta era prestada por el Servicio Sanitario de la DGP.

Dispone en el Artículo 67.2 que el Régimen de la Seguridad Social de los funcionarios, será el que se establezca por una Ley especial y hasta que se apruebe la nueva Ley que establezca un nuevo régimen, mantiene provisionalmente el antiguo régimen. Dispone en la DT 13ª que “hasta la entrada en vigor de la nueva Ley de Seguridad Social para los funcionarios, el régimen de previsión social y mutual de los mismos continuará aplicándose conforme a las normas y acuerdos por los que se viene rigiendo”. En la Ley articulada se introduce una nueva modalidad de jubilación “por debilitamiento apreciable de facultades ligadas a la edad”.

Artículo 39.2 dice: “Procederá también la jubilación previa instrucción de expediente, que podrá iniciarse de oficio o a instancia del funcionario, cuando éste padezca incapacidad para el ejercicio de sus funciones, bien por inutilidad física o debilitación apreciable de facultades”. Modificado por Ley 62/2003 de 30 de septiembre.

Ley 5/1964 de 29 de abril sobre condecoraciones policiales (BOE núm.107 de 4 de mayo de 1964). Tiene antecedentes en el Decreto de 18 de junio de 1943, que recibió fuerza de Ley 15 de mayo de 1945, creando la Medalla al Mérito Policial. En el Artículo

1 que queda establecida en Medalla de oro, Medalla de plata y Cruz con distintivo rojo o distintivo blanco. Por el RD 169/1995 de 20 de octubre (BOE núm.268 de 9 de noviembre de 1995, se adecuan las cuantías de las pensiones anejas a las medallas.

Ley 30/1965 de 4 de mayo, sobre derechos pasivos de los funcionarios de la Administración Civil del Estado, (BOE núm. 107, de 5 de mayo de 1965).

Decreto 1120/1966 de 21 de abril, se aprueba el texto refundido de la Ley de Derechos Pasivos de los Funcionarios de la Administración Civil del Estado (BOE núm. 108, de 6 de mayo de 1966) Derogados varios artículos.

Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963 de 29 de diciembre sobre bases de la Seguridad Social (BOE núm. 96 de 22 de abril de 1966). Su Artículo 1.2. "No obstante el presente texto articulado, no será de aplicación a los funcionarios públicos civiles y militares cuya Seguridad Social se regirá por la Ley o Leyes especiales que se dicten al efecto en las que se regularán cuanto se refiera a su alcance, competencia, gestión..." Por el Artículo 144, crea las Comisiones Técnicas calificadoras.

Sentencia 134/1966 de 22 de julio. Recurso de inconstitucionalidad 1054/1994... en relación con el art. 62 de la Ley 21/1963 de Presupuestos Generales del Estado para 1994 (BOE núm. 194 de 12 de agosto de 1966).

Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social (BOE núm.312 de 30 de diciembre de 1966).

Ley 112/1966 de 28 de diciembre, sobre derechos pasivos del personal militar, y asimilado de las Fuerzas Armadas, Guardia Civil y Policía Armada (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1966). Requería al Gobierno para que elaborase un texto refundido, (que fue aprobado por Decreto 1211/1972 de 13 de Abril, BOE núm. 119 de 18 de mayo de 1972, con el que se consagra la especialidad en la regulación de los derechos pasivos de este personal respecto al resto de los Funcionarios).

Orden de 13 de octubre de 1.967 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la prestación por incapacidad laboral transitoria (incapacidad temporal) en Régimen General de la Seguridad Social (BOE núm. 264 de 4 de noviembre de 1967). Reformada por la orden de 21 de marzo de 1974 y completada por la de 6 de abril de 1983).

Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social (BOE núm. 284, de 28 de noviembre de 1967). En la Sección Segunda, está articulada la Asistencias sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral, y en la Sección Tercera, la Asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional. Este Decreto (muy modificado), sigue siendo norma básica por la que el INSS reconoce el derecho a que se reciba asistencia sanitaria.

Decreto 2186/1968, de 16 de agosto, por el que se regula la composición, organización, funcionamiento y distribución de competencias de las Comisiones Técnicas Calificadoras, previstas en la Ley de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966, (BOE núm. 227, de 20 de septiembre de 1968). Según lo dispuesto en el Artículo 144 de la Ley de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966, se hace necesario regular la composición, organización, funcionamiento y distribución de competencias de las Comisiones Técnicas Calificadoras, tanto Central como de ámbito

territorial más reducido. Constituyen un Servicio común de la Seguridad Social, extendiendo la competencia al Régimen General y a los Regímenes Especiales que integran el sistema de aquella. Dice también, Artículo segundo, que con la independencia técnica que su cometido exige “quedarán adscritas a la Caja de Compensación y Reaseguro de las Mutualidades laborales como Entidad Gestora que integra en su campo de actividad a la totalidad de éstas”. Existirá una Comisión Técnica Central, constituida por un Presidente y seis Vocales, nombrados por el Ministro de Trabajo, y un Secretario y unas Comisiones Técnicas Calificadoras Provinciales, constituidas por un Presidente y seis Vocales nombrados por el Director General de Previsión gestionadas desde las mutualidades laborales, y tienen como competencia declarar las situaciones de invalidez permanente en sus distintos grados de incapacidad y las contingencias determinantes de las mismas. Las CTC podrán disponer que los servicios sanitarios propios o concertados de la Seguridad Social emitan los diagnósticos y dictámenes y practiquen los reconocimientos, análisis y demás pruebas médicas necesarios. También es competencia de las CTC Provinciales constituidas en Tribunales Médicos: resolver recursos, reconocer médicamente a los trabajadores...

Orden 15 de abril de 1969 por la que se regulan normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones de invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social (BOE núm. 110, de 8 de mayo DE 1969).

Orden de 8 de mayo de 1969 por la que se regula el procedimiento aplicable a las actuaciones de las Comisiones Técnicas Calificadoras (BOE núm. 142, de 14 de junio de 1969). Disposición derogada, por Orden de 23 de noviembre de 1982, también derogada por Orden de 1 de noviembre de 1979, igualmente derogada por Orden de 23 de noviembre de 1982, igualmente derogada por Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, BOE núm. 23 de 26 de enero de 1996).

Decreto 1211/1972 de 13 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Derechos pasivos del Personal Militar y Asimilado de las Fuerzas Armadas, Guardia Civil y Policía Armada (BOE núm. 119, de 18 de mayo de 1972).

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm.173 de 20 de julio de 1974). (El Capítulo IV, Asistencia Sanitaria ha quedado modificado por la Ley 14/1986 de 25 de abril, el Real Decreto-ley 10/1996 de 17 de junio, y la Ley 15/1997 de 25 de abril sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, (INGESA)

Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social (BOE núm. 149 de 22 de junio de 1972). Reduce la duración máxima de la denominada “incapacidad laboral transitoria” de 18 meses a 6, prorrogables por 6 meses más en ciertas circunstancias.

Decreto 1646/1972 de 23 de junio, que desarrolla la Ley 24/1972, de 21 de junio, en materia de prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social (BOE núm. 154 de 28 de junio de 1972).

Orden de 21 de marzo de 1974, por la que se regulan determinadas funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social en materia de altas médicas (BOE núm. 94, de 19 de abril de 1974).

Orden de 5 de Abril de 1974, por la que se actualiza el baremo de lesiones, mutilaciones y deformaciones de carácter definitivo y no invalidante, previsto en el artículo 146 de la Ley de la Seguridad Social, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional (BOE núm. 93, de 18 de Abril de 1974). Actualizada: Orden ESS/66/2013, de 28 de enero

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 173, de 20 de julio de 1974, y BOE núm. 174, de 22 de julio de 1974). Artículo único, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966 (Decreto 907/1966 de 21 de abril), y de la Ley 24/1972, de 21 de junio, al que se incorporan preceptos, en materia de Seguridad Social, contenidos en otras disposiciones de igual rango. En el Capítulo VI Invalidez, Sección 1ª. Artículo 132.3 “Es invalidez permanente la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral”. En la Sección 3ª. Invalidez permanente, Artículo 135.1. Grados de invalidez “La invalidez permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificara con arreglo a los siguientes grados: a) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual, c) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, d) Gran invalidez”. En el punto 2. “Se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el periodo de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine”. Punto 7. “La calificación de los grados de invalidez a que se refiere el presente artículo corresponderá a las Comisiones Técnicas Calificadoras”.

Ley 28/1975 de 27 de Junio de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, (BOE núm. 155 de 30 de junio de 1975), que crea el “Régimen Especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas” al que se incorporan obligatoriamente todos los funcionarios militares de los tres Ejércitos, de la Guardia Civil y de la Policía Armada... (Disposición derogada por el RD Legislativo 1/2000 de 9 de junio, BOE núm. 142 de 14 de junio).

Ley 29/1975 de 27 de junio de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, (BOE nº 155 de 30 de junio de 1975), por la que se crea el “Régimen Especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado”, al que se incorporan obligatoriamente todos los funcionarios civiles... Se crea (Artículo 4) la Mutualidad General de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), dependiente de Administraciones Públicas. El Artículo 5 de la LSSFCE, dispone que la MUFACE sea un organismo público, con personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio y tesorería propia y autonomía de gestión. (Modificada por RD Legislativo 4/2000).

Decreto 2038/1975 de 17 de julio, del Ministerio de la Gobernación, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa (BOE 211 de 3 de septiembre de 1975). Derogado por la Ley Orgánica 9/2015 El Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa, había sido aprobado con carácter provisional por Real Decreto de 25 de noviembre de 1930; se había modificado por legislación posterior “en especial por la Ley reorganizadora de 8 de marzo de 1941”
En el Artículo 1 de este Reglamento dice que integran la Policía Gubernativa los Cuerpos General de Policía, Especial Administrativo y Auxiliar de Oficinas de la Dirección General de Seguridad y, las Fuerzas de la Policía Armada. Todos ellos dependiendo de la Dirección General de Seguridad.

En la Segunda Parte, Cuerpo General de Policía, Artículo 135, párrafo tercero: “La Jubilación forzosa se declarará de oficio o a instancia del funcionario cuando padezca incapacidad permanente para el ejercicio de sus funciones, por inutilidad física o por debilitación apreciable de facultades...”.

Se establece, en este Reglamento Orgánico, el Servicio Sanitario en el Cuerpo General de la Policía y también el Servicio Sanitario del Cuerpo de la Policía Armada, y en los artículos 367 a 372, se indican las funciones “Del Servicio Sanitario, que la Jefatura de este Servicio integrada en la Inspección General y adscrito a ella un Tribunal Médico.

Real Decreto 843/1976 de 18 de marzo de Reglamento General del Mutualismo Administrativo. (BOE núm.102, de 28 de abril de 1976). La primitiva Ley Mutualista fue desarrollada por este Decreto El Capítulo IX aborda la Invalidez permanente, como art.112, “...la situación del funcionario que, después de haber estado sometido a tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves”. Los art.114 y 115: Grados de invalidez y definición de esos Grados. Por Función habitual, art.116, se entenderá “... la desempeñada normalmente por el funcionario al tiempo de sufrirlo y, en caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el funcionario hubiera dedicado su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha de iniciación de la incapacidad transitoria de la que se derive la invalidez”. Derogado por el R.D. 375/2003, de 28 de marzo.

Orden de 7 de febrero de 1977, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de accidente de servicio o enfermedad profesional en el Régimen Especial de la Seguridad Social para los Funcionarios Civiles del Estado. (BOE núm. 52, de 2 de marzo de 1977). Derogada por Orden APU/3554/2005 de 7 de noviembre.

Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados Órganos de la Administración Central del Estado (BOE núm. 159, de 5 de julio de 1977). Artículo Doce Uno “Se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social...”

Orden 28 de julio de 1.977, por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de los subsidios por incapacidad transitoria para el servicio e invalidez provisional en el Régimen especial de la Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado. (BOE núm. 180, de 29 de julio de 1977). Disposición derogada.

Real Decreto 2840/1977, (BOE, núm. 276, de 18 de noviembre de 1977), por el que se crea el Servicio de Psicología y Psicotecnia de las Fuerzas Armadas. Supone el reconocimiento oficial de la Psicología Militar, y la primera normativa que regula dicho servicio. El funcionamiento para las Fuerzas Armadas y la Guardia Civil, se regula por la OM 99/1981 de 30 de junio, aprobando el Reglamento. Y como misiones: “proporcionar al mando cuando sea requerido o por propia iniciativa datos o informes psicológicos y psicotécnicos...” Asesorar al mando... Se estructura en Órganos de Planificación y Órganos de Ejecución. A partir de noviembre de 1982, las “normas para el Servicio de Psicología” y en el Artículo 14 dice sobre la obligación deontológica de protección sobre la información de los atendidos:” cualesquiera datos o circunstancias de carácter general o íntimo que pudieran surgir con motivo de exploraciones psicológica, serán considerados por el personal del Servicio, estrictamente confidenciales, salvo que de la información obtenida se deduzca un claro o inminente daño para personas o instituciones, en cuyo caso se dará cuenta reservadamente a las autoridades correspondientes”

Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social (BOE núm. 203, de 25 de agosto de 1978) Disposición derogada por Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre.

Real Decreto 1373/1978 de 16 de junio (BOE de 22 de junio), por el que se modifica el procedimiento de ingreso, el plan de enseñanzas de la Escuela General de Policía y se hace la primera referencia a “pruebas psicotécnicas”.

Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo (BOE núm. 276 de 18 de noviembre de 1998). Por este Decreto se crea el INSS, entidad gestora dotada de personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Trabajo e Inmigración a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Por las Disposiciones Finales Primera consta que quedan extinguidas las Comisiones Técnicas calificadoras (CTC).

En la Disposición Transitoria Primera dice que las Comisiones Técnicas Calificadoras continuarán subsistiendo y ejerciendo sus funciones hasta que fueran sustituidas por la correspondiente Entidad Gestora, Servicio u Organismo que resulte competente de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto-Ley.

Se declaran que las funciones que vienen ejerciendo las extinguidas CTC quedaran atribuidas las competencias al INSS (en cuanto a la declaración de las situaciones de invalidez), por el INSALUD (en cuanto a la emisión de los Informes y dictámenes, que por referido Real Decreto se consideran preceptivos para tal declaración), y por el INSERSO o Servicios Sociales (en lo que se refiere a la recuperación profesional).

Ley 55/1978, de 4 de diciembre, de la Policía. (Derogada), tuvo una vigencia de casi ocho años. (BOE nº 293 de 8 de diciembre de 1978). En el Artículo 1, dice que “Los Cuerpos de Seguridad del Estado están integrados:

Uno: por la Policía integrada por el Cuerpo Superior de Policía, (que sustituye al Cuerpo General de Policía) y el Cuerpo de la Policía Nacional, (que sustituye al Cuerpo de la Policía Armada), (que seguirá teniendo una estructura y organización militar, pero no estará integrada en las Fuerzas Armadas) y

Dos: la Guardia Civil”

El Cuerpo Superior de Policía, no uniformado y sus integrantes pertenecían a la Administración Civil del Estado, con funciones de dirección y coordinación de los servicios policiales. El Cuerpo de Policía Nacional, uniformado, con funciones de auxilio y colaboración al Cuerpo Superior de Policía, labores de prevención y mantenimiento del orden público, con estructura y organización militar, estaban sometidos al Código de Justicia Militar.

Artículo once c) “Dentro del Cuerpo Superior de Policía se crea el Diploma de Facultativo...” En el Cuerpo Superior de Policía se crea, con rango de Sección, la Inspección Médica, con Jefatura Nacional en Madrid, y con Inspecciones Médicas provinciales En el Cuerpo de la Policía Nacional se crea el Servicio Sanitario, con Jefatura Nacional ubicada en Madrid, y Unidades Médicas regionales en las cabeceras de cada una de las Circunscripciones o Regiones policiales, y en algunas Guarniciones provinciales.

Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978), Artículo 41, los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y las prestaciones sociales en casos de necesidad; reconoce. Artículo 104: 1. “Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, bajo la dependencia del Gobierno tendrán como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana”.

Resolución 690 de 8 de mayo de 1979 del Consejo de Europa, aprueba la llamada “Declaración sobre la Policía”, con especial referencia a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad Europeos.

Orden General de la Guardia Civil, nº 33 de 23 de Octubre de 1.979, crea el Servicio de Psicología y Psicotecnia de la Guardia Civil.

Resolución 168/34 de 17 de diciembre de 1979 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, “Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley”. Cada uno de los ocho artículos de que consta va seguido de un comentario oficial.

Orden Ministerial 99/1981 de 30 de junio por la que se aprueba el Reglamento del Servicio de Psicología y Psicotecnia de las Fuerzas Armadas y la Guardia Civil. Se desarrollan las misiones y se estructuran sus órganos de planificación y ejecución (Diario Oficial del Ejército del Aire, número 85).

Real Decreto 2179/1981 de 24 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Armas (BOE núm.230 de 25 de septiembre de 1981). (Derogado por RD 137/1993).

Orden de 30 de septiembre de 1981 por la que se dispone la publicación del acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de septiembre de 1,981 sobre principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (BOE núm. 236 de 2 de octubre de 1981).

Orden de 19 de octubre de 1981 por la que se aprueba el Reglamento provisional de la Escuela Superior de Policía (BOE núm. 265 de 5 de noviembre de 1981). Para adecuar sus preceptos a las necesidades tras las modificaciones del RD1373/1978, el RD 1376/1978, y el acceso de la mujer a la función policial. (En1979 habían jurado cargo 42 Inspectoras). Los Artículos 20 y 21 se refieren al Gabinete Sanitario del Centro y a sus funciones. El Capítulo IV Sección 1ª trata del Gabinete de Orientación

Real Decreto 230/1982 de 1 de febrero, por el que se crea la situación de Segunda actividad para personal del Cuerpo de la Policía Nacional (BOE núm. 35 de fecha 10 de febrero de 1982). Derogado.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (BOE núm.103, de 30 de abril de 1982). Derogada por Real Decreto legislativo 1/2013 de 29 de noviembre.

Orden de 16 de abril de 1982 por la que se desarrolla el R.D. 230/82 de 1 de febrero por la que se crea la situación de Segunda Actividad para el personal del Cuerpo de la Policía Nacional (BOE núm. 111 de 19 de mayo de 1982). (Derogada) Pueden ampliar la edad, siempre que, reúnan las debidas condiciones psicofísicas apreciadas por un Tribunal Médico que radicará en la Inspección General de la Policía Nacional

Real Decreto 2609/1982 de 24 de septiembre, sobre evaluación y declaración de las situaciones de Invalidez en la Seguridad Social. (BOE núm. 250 de 19 de octubre de 1982). Establece las competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social en materia de Incapacidades laborales. En el articulado constan las competencias tales como declarar situaciones de invalidez, existencia de lesiones, resolver sobre prórrogas, emitir informes...El Artículo sexto, indica las competencias y funciones de la Comisión de Evaluación de Incapacidades, la composición (un Presidente y tres Vocales) de los Equipos de Valoración de Incapacidades y Unidades de Valoración

Médica de Incapacidades (UVMI). El comienzo real de las funciones es a partir de abril de 1983.

Se pasa de los Tribunales Médicos a las Comisiones Técnicas Calificadoras, y posteriormente a las Comisiones de Evaluación de Incapacidades de las que forman parte el INSS, INSALUD e INSERSO., es decir tres Entidades Gestoras con gran complejidad de trámites y evaluación en la declaración de la Incapacidad. El INSS regula sus cometidos en una Orden Ministerial de 23 de noviembre de 1982, pero las UVMI del INSALUD sólo lo hacen a través de una Orden de 29 de abril de 1983 y sus actuaciones no están regladas por disposiciones de rango reglamentario, sino por varias Circulares de 1986 a 1989).

Los informes y dictámenes, preceptivos y no vinculantes son emitidos por las UVMI, sirven de base para el ejercicio por las Direcciones Provinciales del INSS de sus competencias en la materia: propuesta no vinculante de la Comisión de Evaluación de Incapacidades (CEI) al Director Provincial, quien resuelve sobre la declaración de las situaciones de invalidez permanente en sus distintos grados, sobre la contingencia determinante de la misma, sobre la concurrencia de los restantes requisitos jurídicos, y, en definitiva sobre el reconocimiento o denegación de la prestación económica).

Las UVMI han resuelto también expedientes del Instituto Social de la Marina, MUFACE, Síndrome Tóxico...).

A la Comisión Técnica Calificadora, siguieron las UVMI, Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (1982-1995), estaban compuestas por Médicos inspectores y Médicos del extinguido Mutualismo Laboral que harán la valoración médica. La 2ª organización surge pues en el año 1982 consecuencia de la separación de las unidades gestoras de la Seguridad Social, el INSERSO, el INSS (que hará la gestión de las prestaciones económicas y resolverá la invalidez en una comisión de la CEI a la que acude un Médico representante de la UVMI), y el INSALUD,

Orden de 6 de abril de 1983 por la que se dictan normas a efectos de control de la situación de incapacidad laboral transitoria (incapacidad temporal) en el Sistema de la Seguridad Social (BOE núm. 91, de 16 de abril de 1983) Esta orden ha sufrido varias modificaciones.

Instrucción de 14 de abril de 1983 de la Dirección de la Seguridad del Estado, sobre utilización de armas de fuego por miembros de los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.

Orden Ministerial de 27 de julio de 1983, por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Orden del 22 de Septiembre de 1983 del Ministerio del Interior (BOE núm. 235 de 1 de octubre). Se aprueba el cuadro de exclusiones médicas para las pruebas de acceso al Cuerpo de la Policía Nacional. (Derogada)

Real Decreto 1071/1984, de 23 de mayo, por el que se modifican determinados aspectos en la normativa vigente en materia de incapacidad permanente en la Seguridad Social (BOE núm. 136, de 7 de junio de 1984). Refuerza la estructura administrativa estableciendo líneas de colaboración y control entre el INSS y el INSALUD creando una estructura de seguimiento, y tanto nivel central como provincial ordena que los médicos de la UVMI acudan como asesores a la defensa judicial de los casos y permite la incorporación de personal estatutario a las UVMI. Ha sufrido varias modificaciones.

Ley 30/1984 de 2 de agosto de MRPF, (Medidas para la Reforma de la Función Pública) (BOE núm. 185, de 3 de agosto de 1984). (Ha sufrido modificaciones). La primitiva estructura interna de MUFACE fue modificado en virtud de la previsión

contenida en la D. A 3ª.1 de la que establecía que “Se autoriza al Gobierno para que, de acuerdo con la naturaleza pública de la MUFACE, proceda a la constitución o reestructuración de sus órganos de gobierno, administración y representación en forma análoga a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, determinando su composición, funcionamiento y atribuciones”.

Unifica el régimen jurídico de los funcionarios, clasifica a todos los Cuerpos, Escalas, Clases y categorías en cinco grupos (A, B, C, D, y E) en función de la titulación exigida para su ingreso en la función pública, uniformizando las retribuciones básicas de todos los funcionarios de todas las Administraciones dentro de cada grupo de clasificación, si bien las retribuciones complementarias pueden diferir notablemente en función del nivel del puesto de trabajo: Grupo A (20-30); Grupo B (16-26); Grupo C (11-22); Grupo D (9-18), y Grupo E (7-14), y establece la edad de jubilación forzosa para todos ellos en 65 años.

Circular de 4 de marzo de 1985, publicada en la Orden General el 29 de marzo de 1985. Dice que se debe considerar incluida en los derechos de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la debida asistencia psicológica a todos los funcionarios necesitados en los primeros estadios de los desajustes de su personalidad... a través del Gabinete Psicosociológico... servicios no incluidos en las prestaciones de MUFACE.

Orden de 12 de junio de 1985 del Ministerio del Interior (BOE núm. 142, de 14 de junio) por el que se desarrolla la estructura básica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía. Derogada.

Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, (LOFCS). (BOE nº 63 de 14 de marzo de 1986). La Ley Orgánica 9/1015 Deroga Artículos 16 al 26 y las Disposiciones Adicionales 1, 2, 6 y 7 y modifica la Disposición adicional 5.

Responde al mandato del Artículo 104 de la Constitución. La Ley recoge que la seguridad pública que es competencia exclusiva del Estado, correspondiendo su mantenimiento al Gobierno de la Nación y al de las demás Administraciones Públicas, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales “las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ejercen sus funciones en todo el territorio nacional, y están integradas por: a) El Cuerpo Nacional de Policía que es un Instituto Armado de naturaleza civil, dependiente del Ministerio del Interior, y b) La Guardia Civil que es un Instituto Armado de naturaleza militar dependiente del Ministerio del Interior en el desempeño de las funciones que esta Ley le atribuye, y del Ministerio de Defensa en el cumplimiento de las misiones de carácter militar que éste o el Gobierno le encomienden”.

En el Capítulo II, Artículo once constan las funciones de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, y en el Artículo doce las que serán ejercidas por el Cuerpo Nacional de Policía. El Artículo diecisiete indica las Escalas y categorías: superior, ejecutiva, subinspección, básica, y también que en el CNP existirán las plazas de Facultativos y de Técnicos.

El CNP nace de la unificación de los extintos Cuerpos Superior de Policía y Policía Nacional. Indica esta Ley, en su Preámbulo, que dada la peculiaridad del servicio público que tienen asignado, la singularidad de las labores policiales y la necesidad de un adecuado equilibrio psicológico para realizarlas “los funcionarios de policía materializan el eje de un difícil equilibrio de pesos y contrapesos, de facultades y obligaciones ya que deben proteger la vida y la integridad de las personas, pero vienen obligados a usar armas; deben tratar correcta y esmeradamente a los miembros de la comunidad, pero han de actuar con energía y decisión cuando las circunstancias lo requieran...” que requieren la garantía de un equilibrio psicológico y unas adecuadas condiciones físicas.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) (BOE nº 102 de 29 de abril de 1986). Dice el preámbulo de esta Ley que "...de todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la Reforma de la Sanidad".

La propia Ley indica que el primer intento de poner al día las técnicas de intervención pública en los programas de salud en la colectividad lo constituyó el Proyecto del Código Sanitario de 1822, cuya aprobación se frustró.

En el Título Primero, Capítulo III de la Salud Mental, Artículo 20, dice: "Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requiera servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población, se realizarán en el ámbito administrativo potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan el máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial...

2. La hospitalización de pacientes por procesos que así lo requieran se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social...

4. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán asimismo en coordinación con los servicios sociales..."

El Capítulo IV de la Salud Laboral, en el Artículo 19.1 a) dice; "promover con carácter general la salud física y mental del trabajador y, específicamente, su aptitud para el trabajo".

Real Decreto Legislativo 670/1987 de 30 de abril por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado (BOE núm. 126, de 27 de mayo de 1987). La Jubilación o Retiro Artículo 28.2.c) "Por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad que se declarará de oficio o a instancia de parte, cuando el interesado venga afectado por una lesión o proceso patológico, somático o psíquico que esté estabilizado y sea irreversible o de remota o incierta reversibilidad, cuya lesión o proceso le imposibiliten totalmente para el desempeño de las funciones propias de su Cuerpo, Escala, Plaza o Carrera de acuerdo con el dictamen preceptivo y vinculante del órgano médico que en cada caso corresponda". Ha sufrido modificaciones Ley 36/2014 de 26 de diciembre.

Real Decreto 769/1987 de 19 de junio sobre regulación de la Policía Judicial (BOE núm. 150 de 24 de junio de 1987). La Constitución en su Artículo 126 establece que la Policía Judicial depende de los Jueces, Tribunales y del Ministerio fiscal en sus funciones de averiguación del delito y descubrimiento y aseguramiento del delincuente en los términos que la Ley establezca. Se desarrolló por la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio y por la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo Modificado por el RD54/2002.

Orden de 22 de julio de 1987 por la que se aprueba con carácter provisional el Reglamento de organización y funcionamiento interno del Consejo de Policía (BOE núm.154 de 28 de junio de 1988), que es "el órgano colegiado paritario de participación de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía y de la Administración, en la determinación de sus condiciones de empleo o de trabajo y de prestación del servicio y medio para la posible solución de los conflictos colectivos".(Modificada por Orden INT1919/2007 de 28 de junio y Orden INT/3267/2008 de 13 de noviembre).

Real Decreto 1484/1987, de 4 de diciembre, sobre normas generales relativas a escalas, categorías, personal facultativo y técnico, uniformes, distintivos y armamento

del Cuerpo Nacional de Policía. (BOE núm. 291 de fecha 5 de diciembre de 1987); D.G.P. Orden General núm. 505 del día 11 de diciembre de 1987.

Orden del Ministerio del Interior de 11 de enero de 1.988, (BOE nº 16 de 19 de enero de 1.988), “por la que se establece el cuadro de exclusiones médicas para el ingreso en el Cuerpo Nacional de Policía. El cuadro consta en el ANEXO de la Orden, (habiendo variado actualmente la estatura mínima exigida de los aspirantes al ingreso).

Orden de 17 de febrero de 1988, del Ministerio del Interior por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía. (BOE núm. 46 de 23 de febrero de 1988). Derogada.

Real Decreto 172/1988 de 22 de febrero, sobre Procedimiento de Jubilación y Concesión de Pensión de Jubilación de Funcionarios Civiles del Estado (BOE núm. 53 de 2 de marzo de 1988). Artículo 7º Tramitación del procedimiento en los supuestos de jubilación por incapacidad permanente para el servicio en que las actuaciones se inician de oficio. Artículo 8º Tramitación del procedimiento en los supuestos de jubilación por incapacidad permanente para el servicio en que las actuaciones se inician a instancia de parte.

Orden de 30 de septiembre de 1988 por la que se dictan normas complementarias al Real Decreto 172/1988 de 22 de febrero sobre Procedimiento de Jubilación y Concesión de Pensión de Jubilación de Funcionarios Civiles del Estado (BOE núm. 240 de 6 de octubre de 1988)

Tercero. Iniciación del procedimiento de jubilación en los casos de jubilación por incapacidad permanente para el servicio apreciado de oficio.

1. Conforme a lo dispuesto en el artículo 5º.1 del Real Decreto 172/1988 de 22 de febrero, en estos casos el procedimiento se iniciará de oficio por el órgano competente.
2. A tal fin la Dirección o Jefatura del Centro, Dependencia u Órgano en que estuviese destinado el funcionario acordará motivadamente la procedencia de instar la iniciación del procedimiento remitiendo al órgano de jubilación copia de dicho acuerdo del que se dará cuenta al funcionario.
3. Junto con el acuerdo anterior la mencionada Dirección o Jefatura remitirá al órgano de jubilación la documentación relativa al historial administrativo del funcionario en cuanto a información sobre bajas en el servicio por enfermedad que pudiera haber tenido el funcionario especificando su causa y duración, aportando, si obrara en su poder, copia de los informes médicos descriptivos de la enfermedad padecida por el funcionario y de su historial médico o clínico extendidos por facultativo competente.
4. A la vista de lo expresado de forma motivada en el acuerdo mencionado en el párrafo anterior, y de la documentación adjunta al mismo, el órgano de jubilación resolverá lo que estime procedente en orden a la iniciación o no del procedimiento.

Cuarto. Iniciación del procedimiento de jubilación en los casos de jubilación por incapacidad permanente para el servicio a instancia de parte.

El procedimiento lo iniciará el funcionario mediante escrito razonado dirigido al órgano de jubilación... Acompañará al escrito “obligatoriamente copia de los informes médicos descriptivos de la enfermedad padecida por el funcionario y de su historial médico o clínico... vendrán extendidos por un facultativo de la Entidad de servicios médicos concertada por la Mutualidad General de Funcionarios del Estado a la que pertenezca el funcionario o por los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social...”. A la vista de todo ello “el órgano de jubilación resolverá lo que estime procedente en orden a la iniciación o no del procedimiento”.

Sexto. Tramitación del procedimiento de jubilación en los casos de jubilación por incapacidad permanente para el servicio.

Tanto en los procedimientos de oficio como en los de instancia de parte, el órgano de la jubilación dirigirá la comunicación a la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud o al órgano competente de la Comunidad Autónoma que corresponda, adjuntando documentación. Estos órganos remitirán la misma documentación... a la Unidad de Valoración de Incapacidades u órgano equivalente en la Comunidad Autónoma “a fin de que se adopten las acciones oportunas para el reconocimiento del funcionario”

Real Decreto 1593/1988 de 16 de diciembre del Ministerio del Interior por el que aprueba el Reglamento de Ingreso, Formación, Promoción y Perfeccionamiento de Funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. (BOE núm.3, de 4 de enero de 1989). Modificaciones por RD 614/1995 de 21 de abril y RD 102/2008 de 1 de febrero.

Directiva del Consejo 89/391/CEE de 12 de junio de 1989 relativa a la promoción de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Artículo 2.2. No es aplicable a fuerzas armadas o a la policía.

Orden del Ministerio del Interior de 10 de julio de 1989 (BOE núm. 166 de 13 de julio), por la que se complementan las normas sobre acceso a las plazas de Facultativos y Técnicos del Cuerpo Nacional de Policía y el Baremo de méritos aplicable,

Real Decreto 884/1989 de 14 de julio por el que se aprueba el Reglamento de régimen disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía (BOE núm.171 de 19 de julio de 1989). Disposición derogada.

Resolución de 19 de septiembre de 1989, de la Dirección General de la Policía. (BOE núm. 227 de 22 de septiembre), por la que se convoca el primer concurso-oposición para cubrir plazas de Facultativos y Técnicos del C.N.P.

Orden de 5 de octubre de 1989 por la que se establece el baremo de méritos para la provisión de puestos de trabajo por el procedimiento de concurso general de méritos en el Cuerpo Nacional de Policía (BOE núm. 251 de 19 de octubre de 1989),

Orden de 24 de octubre de 1989, por la que, con carácter provisional se desarrollan las previsiones contenidas en el Reglamento de Ingreso, Formación, Promoción y Perfeccionamiento, de Funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía (Dirección General de la Policía. Orden General del lunes 6 de noviembre de 1989, Núm. 696).

Real Decreto 1668/1989, de 29 de diciembre, por el que crean las Unidades de Intervención Policial (UIP) y se establecen las especialidades de su régimen estatutario (BOE núm. 5 de 5 de enero de 1990).

Ley 4/1990, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990. (BOE, núm. 156, de 30 de junio). En la Disposición Adicional Decimocuarta Uno, dice que las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo pasan a denominarse “Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”.

Resolución número 60 de 13 de julio de 1990, del Director General de la Policía, (Orden General núm. 732 de 16 de julio de 1990), estableciendo Normas Provisionales sobre Organización, Dependencia y Funciones del Servicio Sanitario de la Dirección General de la Policía, y **Resolución número 61 de 13 de julio de 1990**

del Director General de la Policía, por la que se establece la normativa de los reconocimientos médicos de los funcionarios de la DGP.

Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía, “por la que se establecen normas sobre seguimiento y evaluación del absentismo laboral de causa médica, y tramitación de las propuestas de incapacidad en el ámbito de la Dirección General de la Policía” (Orden General núm.735 de 6 de agosto de 1.990). (En 1995 se redactaron Instrucciones aclaratorias a esta Resolución Nº 63).

Circular 1/1990 del 30 de julio, del Jefe del Servicio Sanitario, de 30 de julio de 1990, dando instrucciones complementarias a la Resolución número 61 de 13 de julio de 1990, del Director General de la Policía por la que se establece la normativa de Reconocimientos Médicos de los funcionarios de la Dirección General de la Policía.

Circular 2/1990 de 30 de julio del Jefe del Servicio Sanitario sobre normas del absentismo laboral de causa médica. Se establecen instrucciones complementarias a la Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía, sobre seguimiento y evaluación del absentismo laboral de causa médica.

Circular de 31 de octubre de 1990, de la Subdirección General de Gestión, por la que se imparten instrucciones a los órganos periféricos de la puesta en funcionamiento de la Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía.

Resolución nº 70 de 15 de enero de 1991, del Director General de la Policía, por la que se designa a los componentes de la Comisión de Valoración, y se acuerda la entrada en funcionamiento de la misma (Orden General de la Dirección General de la Policía nº 760 de 21 de enero de 1991).

Real Decreto 221/1991, de 22 de febrero por el que se regula la organización de Unidades del Cuerpo Nacional de Policía adscritas a las Comunidades Autónomas y se establecen las peculiaridades del régimen estatutario de su personal (BOE núm. 49 de 26 de febrero de 1991). Se **modifica** el art. 8 por R.D. 1089/2000 de 9 de junio.

Circular número 7/1991, de 7 de noviembre, del Jefe del Servicio Sanitario por la que se establecen normas complementarias de seguimiento del absentismo laboral de causa médica derivado de determinadas contingencias Norma de actuación interna para que las bajas de causa psíquica. Derogada por la Circular 11 de 27 de abril de 1994 del Jefe del Servicio Sanitario.

Resolución 46/119 de la ONU de 17 de diciembre de 1991, Principios para la protección de los enfermos mentales para el mejoramiento de la atención de la salud mental. En el Principio 4.1 dice que “la determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente”.

Ley 30/1992 de 26 de noviembre de 1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. (BOE núm., 285 de 27 de noviembre de 1992), sustituyó a la Ley de Procedimiento Administrativo de 1958. Actualizada por la Ley 4/1999 (BOE 14 de enero de 1999, que modifica algunos artículos, y por la Sentencia 50/1999, de 6 de abril de 1999 que declara contrario al orden constitucional de competencias lo indicado en los artículos 23.1 y 2, 24. 1, 2 y 3 27.2, 3 y 5. (La última modificación: Ley 15/2014 de 16 de septiembre de 2014 de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa (BOE núm. 226 de 17 de septiembre de 2014) En esta Ley, los Artículos 22 a 27: Capítulo II se refieren a los Órganos Colegiados. (Régimen, Presidente, Miembros, Secretario, Convocatorias y sesiones, y Actas). Y el Artículo 37. Derecho de acceso a Archivos y

Registros. El punto 6.b) dice que se registrará por disposiciones específicas, “el acceso a documentos y expedientes que contengan datos sanitarios personales de los pacientes”.

Real Decreto 137/1993 de 29 de enero, que aprueba el Reglamento de Armas (BOE nº 55 de 5 de marzo de 1.993). Atribuye al Director General de la Policía la competencia en materia de armas y su documentación respecto de los miembros del Cuerpo Nacional de Policía, sin perjuicio de su delegación en otros órganos del Centro Directivo.

Orden de 24 de marzo de 1993 por la que se modifica parcialmente la de 17 de febrero de 1988 que desarrolla estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos de la Dirección General de la Policía. (BOE, nº 76 de 30 de marzo de 1993).

Nota Interior Circular del 17 de mayo de 1993 del Jefe del Servicio Sanitario sobre el seguimiento y control de las Bajas/Altas de origen psíquico.

Circular de 10 de noviembre de 1993, del Jefe de la División de Personal, dando instrucciones sobre la cumplimentación de los Informes clínico-laborales.

Circular nº 11 de 27 de abril de 1.994 del Jefe del Servicio Sanitario, por la que se establece un nuevo sistema de control y seguimiento de las bajas de origen psíquico y se mantienen anteriores normas de seguimiento del absentismo.

Real Decreto 917/1994 de 6 de mayo por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CON-94) (BOE núm. 226 de 37 de mayo de 1994). “De aplicación obligatoria en el ámbito de la Ley de la Función Estadística Pública y en las relaciones de las personas físicas y jurídicas privadas con la Administración General del Estado. (Derogado por RD 1591/2010, de 26 de noviembre).

Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio de 1994, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). (BOE núm. 154 de 29 de junio de 1994). Esta norma recoge disposiciones en materia de Seguridad Social del ordenamiento jurídico actual. Define las distintas pensiones (contributivas, que se financian básicamente con las cotizaciones sociales de los trabajadores y los empresarios, y las no contributivas financiadas a cargo de los presupuestos del estado) y los diferentes grados de incapacidad permanente.

En el Artículo 10. Regímenes especiales, en el apartado 2 c) considera regímenes especiales a los Funcionarios públicos, civiles y militares, que se registrarán por leyes específicas.

Se refiere en el Título II al Régimen General de la Seguridad Social, y en el Capítulo IV, a la Incapacidad temporal. Artículo 128. Concepto “Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal: a) las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo... b) Los periodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos...” Es la “Incapacidad laboral transitoria” (ILT) en el Régimen General de la Seguridad Social.

El Capítulo V trata de “Invalidez”. El Artículo 134 se refiere a Concepto y clases de invalidez: contributiva, no contributiva provisional o permanente.

Artículo 134.3 define la Invalidez permanente como “la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales, graves susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyan o

anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo” A este Artículo se le da nueva redacción mediante el Artículo 34 de la Ley 42/1994 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas y de Orden Social, que no obstante mantiene la definición del concepto de incapacidad permanente)

Artículo 135: Duración de la invalidez provisional. En el apartado 1.d) “Por el transcurso, en todo caso de un periodo de seis años contados desde la fecha en que fue declarada la incapacidad laboral transitoria”.

En cuanto a la Invalidez permanente, el Artículo 137, especifica:

1. “Grados de invalidez permanente: Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual, Incapacidad permanente total para la profesión habitual, Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo y Gran invalidez

2. Se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el periodo de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine.

3. Se entenderá por incapacidad permanente parcial para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado total ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33 % en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

4. Se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

5. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta para todo trabajo la que inhabilite por completo para toda profesión u oficio.

6. Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Sobre las Contingencias protegibles, el Artículo 115 de esta Ley se define el concepto de “accidente de trabajo” y el Artículo 116, se expone el concepto de “enfermedad profesional”.

Este texto ha sufrido diversas actualizaciones. Así las referencias a “invalidez permanente” se entenderán como “incapacidad permanente” y la expresión “profesión habitual” aplicada a la incapacidad permanente, se entenderá como “profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada” (Artículo 8.5 de la Ley 24/1997 de 15 de julio, BOE 169 de 16 de julio). Última modificación 31 de diciembre de 2014

Ley 26/1994 de 29 de septiembre, por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía (BOE núm. 234 de 30 de septiembre de 1994). Ha tenido varias modificaciones, siendo derogada por la Ley Orgánica 9/2015.

Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social. (LMFASOS). (BOE núm. 313 de 31 de diciembre de 1994). Supuso una modificación sustancial en materia de gestión de la IT.

Instrucciones sobre el nuevo marco que regula la incapacidad. Capítulo IV, Título II, Artículo 34. Modificación de la regulación de la invalidez permanente. Da una nueva redacción a los artículos 134 y 143 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994 de 20 de junio, diciendo que corresponde al INSS, a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan y en todas las fases del procedimiento, declarar la

situación de invalidez permanente a efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas.

El artículo 35 trata de la Formalización de la cobertura de la prestación económica de la incapacidad temporal. Se da una nueva redacción a la disposición adicional undécima del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994 de 20 de junio. Desaparece así el concepto de “prestación de invalidez provisional” y el de “incapacidad laboral transitoria” (ITL), y cambia de nombre a (IT) “incapacidad temporal”.

Esta Ley redujo el periodo máximo de la baja laboral previo a la evaluación de la IP de 6 años, a dos años y medio. También establece que, provisionalmente, seguirán funcionando las UVMI, en tanto se regule la nueva estructura que se prevé.

Orden de 28 de febrero de 1995 del Ministerio de Justicia e Interior (BOE núm. 55 de 6 de marzo), por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y territoriales de la Dirección General de la Policía. Derogada.

Real Decreto 614/1995, de 21 de abril por el que se aprueba el Reglamento de los procesos selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía (BOE núm. 118, de 18 de mayo de 1995). Modificado por RD 249/2006, RD 440/2007, RD. 102/2008 y Sentencia de 21 de marzo de 2.011 (BOE núm.134 de 6 de junio).

Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994 de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. (BOE núm. 198 de 19 de agosto de 1995). Suprime las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades, (UVMI) y en el Artículo 2, Constitución y composición de los Equipos de Valoración de Incapacidades. (EVI) órgano colegiado integrado en el INSS, en el donde se gestiona el reconocimiento a la invalidez consecuente con enfermedad o accidente profesional o no. Dice que en cada Dirección Provincial del INSS con encuadramiento orgánico y funcional en la misma, se constituirá un EVI. Los Equipos estarán compuestos por un Presidente y cuatro Vocales. Según el Artículo 3. Funciones de los EVI, corresponde a los EVI examinar la situación de incapacidad permanente del trabajador, calificar estas situaciones y formular los dictámenes-propuestas estableciendo la contingencia determinante, al Director Provincial del INSS. El dictamen de los EVI se apoya en el informe médico realizado por el Médico Inspector del INSS, en los informes realizados por los Médicos del Servicio Público de Salud, en los antecedentes profesionales.

Real Decreto 1556/1995 de 21 de septiembre (Ministerio de Justicia e Interior) de desarrollo y aplicación de la Ley 26/1994 de 29 de septiembre por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía. (BOE nº 244 de 12, de octubre de 1995). Por este Decreto, se amplían las competencias del Tribunal Médico en la DGP en relación con el pase a Segunda actividad, y le capacita para dictaminar sobre la Incapacidad Permanente del funcionario para el servicio, adquiriendo la capacidad legal para los Expedientes de Jubilación de los funcionarios, sin necesidad de la participación de los Equipos de Valoración de Incapacidades.

Real Decreto 1691/1995 de 20 de octubre, por el que se adecuan las cuantías de las pensiones anejas a las medallas y cruces de la Orden al Mérito Policial y del Cuerpo de la Guardia Civil a la realidad policial y a los actuales conceptos retributivos (BOE núm.268 de 9 de noviembre de 1995).

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Significó un impulso para el desarrollo de políticas preventivas. En esta Ley se establece

expresamente que no se puede aplicar en la Policía (BOE núm. 269 de 10 de noviembre de 1995).

Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social MATEPSS (BOE núm.296 de 12 de diciembre de 1995). Este texto ha sufrido diversas actualizaciones, la última RD 625/2014 de 18 de julio (BOE núm.176 de 21 de julio)

Nota Informativa interna, año 1995 con Instrucciones aclaratorias a la Resolución nº 63 de 23 de julio de 1990 del Director General de la Policía a raíz de diversas normativas publicadas con posterioridad (Ley 26/1994 de 29 de septiembre, Ley 42/1994 de 30 de diciembre, y RD 1556/1995 de 21 de septiembre) y adecuarla a las nuevas normas que regulan tanto la Incapacidad temporal como el pase a la situación de Segunda actividad por incapacidad psicofísica.

Resolución de 29 de diciembre de 1995 de la Secretaría de Estado para la Administración Pública por la que se modifican los procedimientos de jubilación del personal civil incluido en el ámbito de cobertura del Régimen de Clases Pasivas del Estado. (BOE nº 10 de 11 de enero de 1996).

Quinto. Procedimiento de Jubilación por incapacidad permanente para el servicio.

1. Iniciación

1.1. El procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio se iniciará de oficio por el órgano de jubilación o a solicitud del funcionario interesado.

1.2. En los casos en que el procedimiento se inicie de oficio, la Dirección del Centro, dependencia u organismo donde el interesado preste servicios proponga al órgano de jubilación la iniciación de procedimiento mediante escrito motivado, de la que se dará cuenta al interesado.

1.3. En los casos en los que el procedimiento se inicie a solicitud del interesado, el funcionario dirigirá escrito al órgano de jubilación dando cuenta simultáneamente del mismo a la Dirección del Centro, Dependencia u Organismo donde esté destinado, A este escrito el funcionario podrá acompañar copia de los informes médicos pertinentes, descriptivos de la enfermedad padecida y de su historial médico o clínico, emitidos por facultativo perteneciente a la seguridad social o a entidad médica concertada con MUFACE, según el tipo de asistencia sanitaria a que esté acogido el funcionario.

2. Instrucción.

2.1. Iniciado el procedimiento de oficio o a solicitud del interesado, el órgano de jubilación comunicará al funcionario la apertura del expediente de jubilación y paralelamente dirigirá comunicación al servicio competente de la Administración General del estado... a los efectos de que por parte de dichos órganos se ordene el reconocimiento médico del funcionario por el órgano médico... dando cuenta al interesado de dicha actuación.

2.2. El órgano médico convocará al funcionario para el examen médico correspondiente... Si por cualquier circunstancia el funcionario estuviera impedido de acudir al examen médico en la fecha señalada, deberá ponerlo en conocimiento de dicho órgano para que éste disponga lo necesario para examinar al funcionario en otra fecha o, en caso necesario en el centro sanitario en que esté internado o en su propio domicilio.

2.3. En el caso de que el funcionario no compareciera al examen médico sin justificación previa, el órgano médico volverá a convocarle por segunda vez. Si el funcionario no concurriese tampoco a este segundo llamamiento sin causa que lo justifique, el citado órgano pondrá en conocimiento del órgano de jubilación esta circunstancia, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria en que pudiera incurrir, enviando al mismo el acta y dictamen... en el caso en que a partir de los informes

médicos remitidos, pudiera formar opinión médica válida sobre la capacidad o incapacidad del funcionario para el servicio.

En el caso de que el citado órgano no pudiera formar opinión válida lo pondrá en conocimiento del órgano de jubilación, el cual recabará aquellos documentos e informes que estime oportunos y los remitirá al órgano médico para que extienda acta y, si fuera posible, el oportuno dictamen.

2.4. Una vez examinado el funcionario el órgano médico extenderá acta de la sesión médica, así como un dictamen razonado sobre la capacidad o incapacidad del funcionario para el servicio... El acta y dictamen referidos serán remitidos directamente por el órgano médico al órgano de jubilación...

2.5. Recibidos el acta y dictamen señalados en el punto anterior, el órgano de jubilación elaborará propuesta de resolución y la pondrá de manifiesto al funcionario... a fin de que éste, en el plazo máximo de quince días, alegue y presente los documentos justificantes que estime oportuno.

3. Terminación.

3.1. Con base en las actuaciones anteriores y, en su caso, en la ampliación de la pericia que pudiera haberse solicitado del órgano médico, el órgano de jubilación dictará la resolución procedente que notificará al interesado y a la Dirección del centro, dependencia u organismo donde el funcionario preste sus servicios.

Octavo. Expediente de averiguación de causas.

1. El funcionario jubilado por incapacidad permanente para el servicio o los familiares del funcionario fallecido que se consideren con derecho a pensión extraordinaria, deberán solicitar del órgano de jubilación la incoación del expediente de averiguación de causas determinantes y circunstancias que concurrieron en la jubilación o el fallecimiento del funcionario.

2. A tal efecto, una vez recibido el escrito de solicitud, el órgano de jubilación competente para declarar la jubilación por incapacidad permanente para el servicio, designará un instructor del expediente que habrá de recaer en funcionario de, al menos, el mismo grupo de clasificación que el funcionario sujeto del expediente.

3. El instructor dispondrá de oficio o a solicitud del interesado, la práctica de las pruebas que estime pertinentes para fijar la realidad de las lesiones o dolencias que determinaron la jubilación por incapacidad permanente o el fallecimiento del funcionario, así como la relación de causalidad entre ambas y el servicio o tarea desempeñada por el mismo.

4. Asimismo el instructor deberá aportar al expediente el informe del Equipo de Valoración de Incapacidades que dictaminó la incapacidad permanente para el servicio del funcionario y, en su caso, las diligencias judiciales o administrativas que se hubieran instruido por los mismos hechos.

5. Concluido el expediente el instructor dará vista al interesado por el medio que estime más procedente y, según lo que resulte de las pruebas practicadas, de los documentos aportados y de las alegaciones del interesado, formulará propuesta de resolución pronunciándose expresamente sobre los hechos probados en el expediente y sobre la relación de causalidad entre las lesiones o dolencias y el servicio o tarea desempeñada.

6. El expediente completo se remitirá por el instructor al órgano de jubilación para que éste emita informe sobre el reconocimiento de la pensión extraordinaria y lo envíe, junto con el expediente de averiguación de causas instruido a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas para su resolución definitiva.

7. Si la Dirección General de Costes y Pensiones Públicas considera que no se han practicado todas las actuaciones necesarias, podrá acordar la devolución del expediente al instructor para que amplíe las pruebas practicadas o practique las nuevas pruebas que se consideren convenientes para determinar la realidad de los hechos y el nexo causal con el servicio desempeñado por el funcionario.

Orden de 18 de enero de 1996 del Ministerio de Trabajo, para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del Sistema de Seguridad Social (BOE núm. 23 de 26 de enero de 1996). Dicta normas de aplicación y desarrollo que determinen el procedimiento a seguir

Las competencias que quedarían en el Instituto Nacional de la Salud y por extensión a los Servicios de Salud transferidos a las CCAA en materia de gestión de la invalidez permanente serán residuales y fundamentalmente prórroga de la I.P., valorar síntomas de enfermedad profesional, que sin producir IT aconsejen traslado de puesto de trabajo y resolver reclamaciones

Real Decreto 397/1996 de 1 de marzo en el que regula el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (BOE nº 80 de 2 de abril de 1996).

Disposición adicional segunda. Valoración de incapacidades permanentes y lesiones en orden al reconocimiento del derecho a prestaciones en el Régimen de Clases Pasivas del Estado. Dice en el punto 1 que “la valoración de las incapacidades o la verificación de lesiones, en los supuestos de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, se ajustará a lo dispuesto en el Real Decreto 1556/1995 de 21 de septiembre”. (Antes se remitían al órgano competente UVMII o al EVI).

Real Decreto 1885/1996 de 2 de agosto, de Estructura Orgánica Básica del Ministerio del Interior (BOE núm. 189 de 6 de agosto de 1996). Derogada.

Real Decreto 1892/1996 de 2 de agosto, de Estructura Orgánica Básica del Ministerio de Administraciones Públicas. (BOE núm. 189 de 6 de agosto de 1996). En el Artículo 2.5 dice: “Está adscrita al Ministerio de Administraciones Públicas, a través de la Secretaría de Estado para la Administración Pública, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, con la naturaleza jurídica y funciones establecidas en su normativa específica”. Es decir, que la MUFACE está adscrita al MAP a través de la Secretaría de Estado para la Administración Pública.

Orden de 22 de noviembre de 1996 (Ministerio de la Presidencia) por la que se establece el procedimiento para la emisión de los dictámenes médicos a efectos del reconocimiento de determinadas prestaciones de Clases Pasivas. (BOE nº 283 de 23 de noviembre de 1996). En el Artículo 3 de Normas específicas en los procedimientos de jubilación por incapacidad permanente para el servicio del personal civil incluido en el ámbito de cobertura del Régimen de clases pasivas del Estado, dice que “los dictámenes preceptivos a efectos de la declaración de jubilación por incapacidad de los funcionarios deberán contener la valoración del estado del interesado con indicación expresa de si está o no afectado por una lesión o proceso patológico, estabilizado e irreversible o de incierta reversibilidad que le imposibilita totalmente para el desempeño de las funciones de su Cuerpo, Escala, Plaza o Carrera...

En los mencionados dictámenes deberá constar si la lesión o proceso patológico de que está afectado el funcionario, además de incapacitarle para las funciones propias de su Cuerpo... le inhabilita o no para toda profesión u oficio. Además deberá indicarse si el funcionario incapacitado necesita de otra persona para la realización de los actos más esenciales de la vida”

Ley 13/1996 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE núm. 315, de 31 de diciembre de 1996). Establece mecanismos adicionales en la gestión y el control de la prestación por IT. Entre las medidas de protección social incluye una nueva regulación del régimen de resarcimientos por actos terroristas. También incorpora un precepto, para activar una mayor colaboración de las MUTUAS en la gestión de la prestación por IT.

Comunicado del Jefe del Servicio Sanitario de 13 de febrero de 1997, a las Unidades Regionales de Sanidad, a efectos de unificar criterios en el cumplimiento de las normas que regulan el tratamiento de las bajas de causa psíquica.

Real Decreto 341/1997 de 7 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1885/1996 de 2 de agosto, de estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE núm. 58 de 8 de marzo de 1997). Derogado.

Orden de 25 de marzo de 1997 por la que se determinan las Jefaturas Superiores de Policía y su ámbito territorial de actuación (BOE núm. 80 de 3 de abril de 1997) Derogada.

Real Decreto 575/1997 de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. (BOE nº 98 de 24 de abril de 1997). Desarrollado por la Orden de 17 de junio de 1997, derogado por el Real Decreto 625/2014 de 18 de julio.

Real Decreto 576/1997 de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre (BOE nº 98 de 24 de abril de 1997).

Real Decreto 577/1997 de 18 de abril, por el que se establece la estructura de los órganos de gobierno, administración y representación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). (BOE núm. 109, de 7 de mayo de 1998). Modificado por el R.D. 1117/1998, de 5 de junio.

Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social. En el Art. 8.Cinco “las referencias que se contienen en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobada por Real Decreto legislativo 1/1994 de 20 de junio, y en las normas de desarrollo, a la “invalidez permanente”, se entenderán efectuadas a la “incapacidad permanente” (BOE núm.169 de 16 de julio de 1997). Además en el Art.7.1., se establece que las pensiones por Incapacidad Permanente en el Sistema de la Seguridad Social cuando los beneficiarios cumplan los 65 años pasarán a denominarse pensiones de jubilación.

Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas y del Orden Social (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1997). En el Título IV se modifica la Ley 29/1975, de 27 de junio, de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, a fin de limitar a un plazo máximo de treinta meses el subsidio económico que por IT, se pueda conceder por MUFACE.

Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del artículo 131 bis) de la Ley General de la Seguridad Social. (BOE núm. 145 de 18 de junio de 1998) “Los partes de alta médica se extenderán tras el reconocimiento del trabajador, por el correspondiente facultativo del SPS, deberán contener el resultado del reconocimiento y la causa del alta médica” También podrán ser extendidos por el facultativo adscrito al INSS.

Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (BOE núm.288 de 2 de diciembre de 1998).

Real Decreto 2487/1998 de 20 de noviembre, por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas, y prestar servicios de seguridad privada (BOE nº 289 de 3 de diciembre de 1998).

Real Decreto 2669/1998 de 11 de diciembre por el que se aprueba el procedimiento a seguir en materia de rehabilitación de los funcionarios públicos en el ámbito de la Administración General del Estado. (BOE nº 307 de 24 de diciembre de 1998).

Orden de 30 de diciembre de 1998 del Ministerio del Interior, por la que se determina las funciones que pueden desempeñar los miembros del Cuerpo Nacional de Policía en situación de segunda actividad. (BOE núm. 19 de 22 de enero de 1999). Los funcionarios podrán desempeñar funciones instrumentales de gestión, asesoramiento y apoyo de la actividad policial, de acuerdo con su capacidad, formación, conocimientos, experiencia y las aptitudes necesarias que para cada específica función se deban acreditar, así como de la Escala de pertenencia. La Orden concreta tipos de tareas o actividades.

Ley 4/1999 de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE nº 12 de 14 de enero de 1999). Última modificación: Ley 15/2014 de 16 de septiembre de 2014 de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa (BOE núm. 226 de 17 de septiembre de 2014).

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298 de 14 de diciembre de 1999). Establece que la creación modificación y supresión de los ficheros de las Administraciones Públicas sólo podrá hacerse por medio de disposición general publicada en el BOE o diario oficial correspondiente. Es por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de 2007 (BOE núm. 17 de 19 de enero de 2008), por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. El Art. 4. 2. Los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos.

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (BOE núm. 22 de 26 de enero de 2000). El Anexo 1 A, Capítulo 16 indica las normas para la valoración de la discapacidad originada por Enfermedad Mental Rectificación de errores BOE núm.62 de 13 de marzo. Con posterioridad: Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que establece que las referencias a “personas con minusvalía” se entenderán como “personas con discapacidad”. RD 1856/2009 de 4 de diciembre. Se modifica el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad por RD 1364/2012 de 23 de diciembre. Últimas actualizaciones 4 de diciembre de 2013, y 30 de diciembre de 2014.

Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil (BOE núm. 7 de 8 de enero de 2000). Capítulo II De los procesos sobre capacidad de las personas. Artículos 756-783.

Real Decreto 316/2000 de 3 de marzo, por el que se modifican algunos preceptos del Reglamento de armas aprobado por Real Decreto 137/1993 de 29 de enero relativo a las licencias y a las revistas de armas. (BOE núm.55 de 4 de marzo de 2000).

Real Decreto 1089/2000, de 9 de junio por el que se modifica el art. 8 del R.D. 221/1981 de 22 de febrero por el que se regula la organización de Unidades del Cuerpo Nacional de Policía adscritas a las Comunidades Autónomas y establecen las peculiaridades del régimen estatutario de su personal (BOE núm. 158 de 30 de junio de 2000).

Real Decreto Legislativo 4/2000 de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (BOE de 28 de junio de 2000). Ha sufrido modificaciones.

Capítulo V. Prestaciones en particular. Sección II: Incapacidad temporal.

Artículo 18.1. “Tendrán la consideración de estados o situaciones determinantes de la incapacidad temporal, los de enfermedad, accidente y los denominados periodos de observación en el caso de enfermedad profesional”.

Artículo 19.

1. “Los funcionarios que de conformidad con lo establecido en el artículo 69 del texto articulado de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Decreto 315/1964 de 7 de febrero, hayan obtenido licencias por enfermedad o accidente que impidan el normal desempeño de las funciones públicas, se encontrarán en la situación de incapacidad temporal”.

3. “La concesión de las licencias y el control de las mismas corresponderá a los órganos administrativos determinados por las normas de competencia en materias de gestión de personal, con el asesoramiento facultativo que, en su caso, estimen oportuno”.

6. “En cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas, se iniciará, por el órgano de jubilación competente, de oficio o a instancia del interesado, el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio...”

Artículo 20.1 Duración y extinción La duración y extinción de la situación de incapacidad temporal serán las mismas que las del Régimen General de la Seguridad Social.

Sección III. Incapacidad Permanente.

Artículo 23, Concepto y grados de la incapacidad permanente.

1. “Es incapacidad permanente la situación del funcionario que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves que disminuyan o anulen su capacidad para el servicio. No obstante a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad de trabajo del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo. La incapacidad permanente habrá de derivarse, cualquiera que sea su causa, de la situación de incapacidad temporal”.

2. “La incapacidad permanente se clasifica con arreglo a los siguientes grados:

a. Incapacidad permanente parcial para la función habitual: es la que sin alcanzar el grado de total, produce al funcionario una limitación para el desempeño de las funciones de su Cuerpo, Escala o Plaza.

b. Incapacidad permanente total para la función habitual: es la que inhabilita al funcionario para la realización de todas o de las fundamentales funciones de su Cuerpo, Escala o Plaza.

c. Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo: es la que inhabilita por completo al funcionario para toda profesión u oficio.

d. Gran invalidez: es la situación del funcionario afecto de incapacidad permanente absoluta que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita de la asistencia de otra persona para realizar los actos más elementales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos”.

3. “Se entiende por función habitual del funcionario, la desempeñada por éste al tiempo de sufrir el accidente común o en acto de servicio o como consecuencia de él, o la que viniera realizando, en caso de enfermedad durante el periodo de tiempo

anterior a la incapacidad, que se determina en el Reglamento General del Mutualismo Administrativo”.

Artículo 27: Revisión de las situaciones de incapacidad permanente.

El Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, para las Fuerzas Armadas, el Real Decreto Legislativo 3/2000 de 23 de junio, para el personal al servicio de la Administración de Justicia, y el Real Decreto Legislativo 4/2000 de 23 de junio de los Funcionarios Civiles del Estado, regulan la afiliación o incorporación obligatoria, que deberá realizarse de oficio en el momento de toma de posesión del cargo cuando adquieran la condición de funcionario o sean rehabilitados en dicha condición. Y la permanencia obligatoria a la Mutualidad se produce desde la toma de posesión por imperativo legal).

Real Decreto 1449/2000 de 28 de julio por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE nº 181 de 29 de julio de 2000) (Vigente hasta el 3-VII-2.004). En el Artículo 3.3 dice que la Dirección General de la Policía adaptará su estructura al desarrollo del Programa Policía 2000. Derogado.

Ley 14/2000 de 28 de diciembre, de Medidas administrativas y del orden social (BOE nº 313 de 30 de diciembre de 2000), en el Artículo 40, que modifica al Artículo 47 del Texto Refundido de Clases Pasivas del Estado, por RD Legislativo 670/87 de 30 de abril, añade el apartado 4 “se presumirá en acto de servicio, salvo prueba en contrario, cuando la incapacidad permanente o el fallecimiento del funcionario hayan sucedido en el lugar y tiempo de trabajo”.

Orden del 10 de septiembre de 2001, por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los servicios centrales y periféricos de la Dirección General de la Policía. (BOE nº 225 de 19 de septiembre de 2001), para adaptar la estructura al Programa Policía 2000. Derogada

Código Europeo de Ética de la Policía. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Recomendación Rec. (2001) del Comité de Ministros a los Estado miembros sobre el Código Europeo de Ética de la Policía (Adoptada por el Comité de Ministros el 19 de septiembre de 2001 en la 765ª reunión de los Delegados de los Ministros).

Ley 24/2001 de 27 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE nº 313 de 31 de diciembre de 2001). Artículo 58. Modificación de los Artículos 2.2 y 4.1 de la Ley 26/1994 de 29 de septiembre por la que se regula la situación de segunda actividad en el Cuerpo Nacional de Policía, declarándola de oficio al cumplir determinadas edades Esta Ley ha sufrido modificaciones.

Real Decreto 54/2002, de 18 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 769/1987, de 19 de junio, sobre regulación de la Policía Judicial (BOE núm. 25, de 29 de enero de 2002). Modifica los artículos 32 y 34, para introducir una representación autonómica en la composición de la Comisión Nacional de Coordinación de Policía Judicial y en las Comisiones Provinciales de Coordinación de Policía Judicial

Orden INT/1751/2002 de 20 de junio por la que se regulan los ficheros informáticos de la Dirección General de la Policía que contienen datos de carácter personal adecuándolos a las previsiones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa sobre la materia (BOE núm. 165 de 11 de julio de 2002). Se regula la finalidad, usos previstos, estructura básica... del Fichero SIGESPOL.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002).

Real Decreto 375/2003 de 28 de marzo, Ministerio de Administraciones Públicas. Aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, (BOE nº 87 de 11 de abril de 2003). (Hasta esta fecha estuvo vigente el Reglamento del Mutualismo Administrativo, aprobado por Decreto 843/1976 de 18 de marzo). Este Reglamento tiene por objeto el desarrollo y ejecución del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio. La prestación de asistencia sanitaria es a través de conciertos con Entidades de Seguro privadas o con el Sistema Nacional de Salud. Se exige que el mutualista opte por una de ellas y la expedición de la correspondiente tarjeta sanitaria, pudiendo disfrutar desde ese momento él y sus beneficiarios de la asistencia sanitaria en la modalidad elegida por el mismo. También tienen los mutualistas servicios sociales y asistencia social.

Artículo 88, que tienen la consideración de estados o situaciones determinantes de incapacidad temporal, los debidos a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no en acto de servicio, mientras el funcionario mutualista reciba asistencia sanitaria y se encuentre impedido para la realización de sus funciones administrativas...

El Artículo 89 trata de la acreditación del proceso patológico, por parte médico de baja, y el Artículo 90. Concesión de las licencias: La concesión de las licencias y el control de las mismas corresponderá a los órganos administrativos determinados por las normas de competencia en materia de gestión de personal, con el asesoramiento facultativo que, en su caso estimen oportuno... Y en cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas y en todo caso antes de que transcurra el plazo... se iniciará por el órgano de jubilación competente, de oficio o a petición del interesado, el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio...

Los Artículos 91 y 92: Seguimiento de IT, Duración de IT.

El Capítulo VII: Prestaciones por Incapacidad permanente, Artículos 102 a 117

Modificado por Real Decreto 2/2010, de 28 de enero (BOE núm. 16 de 18 de enero).

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003). Este texto pretende convertirse en el nuevo marco del sistema sanitario español tras la descentralización completa de su gestión al cerrarse en enero de 2002 el traspaso de las responsabilidades sanitarias a las CCAA. No aporta novedades sustanciales.

Orden APU/2210/2003 de 17 de julio, por la que se regula el procedimiento de las situaciones de incapacidad temporal y de riesgo durante el embarazo, en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. (BOE núm. 186 de 5 de agosto de 2003). Establece los modelos de “parte de enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo” y de “parte de maternidad”, y que: “El procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio podrá iniciarse, cuando se den los supuestos de hecho legalmente establecidos...”. Derogada por la Orden PRE/1744/2010 de 30 de junio, BOE núm.159, de 1 de julio).

Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, (BOE núm. 208, de 30 de agosto de 2003), dispone en el Artículo 15 que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria conserva el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que el

extinguido Instituto Nacional de la Salud. Le corresponderá la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Ley 47/2003 de 26 de noviembre, General presupuestaria. En el ámbito de aplicación y organización del sector público estatal, dice el Artículo 2.1. A los efectos de esta Ley forman parte del sector público estatal: d) Las Entidades Gestoras, Servicios Comunes y las MUTUAS de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social en su función pública de colaboración en la gestión de la Seguridad Social (BOE núm. 284, de 27 de noviembre de 2003).

Ley 51/2004, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación u accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE núm. 289, de 12 de diciembre de 2003).

Ley 62/2003 de 30 de diciembre de medidas fiscales administrativas y de orden social. (BOE núm. 313 de 31 de diciembre de 2003). El Artículo 39.2., dice “Procederá también la jubilación previa instrucción de expediente, que podrá iniciarse de oficio o a instancia del funcionario interesado, cuando éste padezca incapacidad permanente para el ejercicio de sus funciones, bien por inutilidad física o debilitación apreciable de facultades”.

Orden TAS/399/2004 de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes de baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal (BOE núm.46 de 23 de febrero de 2004). Señala en su Artículo 1 la obligación de transmitir por RED (Sistema de Remisión Electrónica de Datos) los partes médicos de baja, confirmación y alta por contingencias profesionales y contingencias comunes.

Real Decreto 428/2004, de 1 de marzo, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre (BOE núm. 77 de 30 de marzo de 2004).

Orden INT/1251/2004, de 7 de mayo por la que se crea el Comité Ejecutivo para el Mando Unificado de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (BOE núm. 113 de 10 de mayo de 2004).

Real Decreto 1599/2004 de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE nº 160 de 3 de julio de 2004). Derogado por Orden INT/28/2013 de 18 de enero.

Orden INT/3764/2004 de 11 de noviembre (BOE núm.277 de 17 de noviembre), de adecuación de ficheros informáticos del Ministerio del Interior que contienen datos de carácter personal...

Orden INT/985/2005 de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades, y confiere (Artículo Decimocuarto), determinadas atribuciones al Jefe de la División de Personal (puntos 3.1.1.; 3.1.2. “La resolución de los expedientes instruidos por las solicitudes que formulen los miembros del Cuerpo Nacional de Policía por daños sufridos en acto de servicio”, 3.1.2. “La resolución de los expedientes instruidos para la determinación de lesiones en acto de servicio o como consecuencia del mismo”. 3.1.7., la resolución de asuntos relacionados con la Segunda Actividad de los miembros del CNP, como el pase a la situación por insuficiencia de aptitudes. Y el 3.1.8, facultad de acordar la retirada cautelar de las armas por motivos psíquicos... Modificada por la Orden INT/1797/2010, de 2 de julio.

Orden INT/2103/2005 de 1 de julio, por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía. (BOE nº 157 de 2 de julio de 2005). División de Personal: “Dependerá de la Secretaría General, la Unidad de Atención Socio-Sanitaria, que se responsabiliza de las funciones relacionadas con la asistencia social al personal del Cuerpo Nacional de Policía, de la planificación, seguimiento y control de las actuaciones en materia de salud laboral, así como del control del absentismo”, Y dentro de la Subdirección General de Gestión y Recursos Humanos, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Derogada por Orden INT/28/2013, de 18 de enero.

Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE. (BOE nº 275 de 17 de noviembre de 2005) Deroga la Orden de 7 de febrero de 1977).

Ley 30/2005 de 29 de diciembre, de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2006, (BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 2005); modifica algunos artículos de la Ley General de la Seguridad Social aprobada por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, relacionados con la IT (duración y competencias del INSS), concretamente la Disposición adicional cuadragésimo octava que modifica la letra a) del apartado 1 del artículo 128 diciendo que agotado el plazo de 12 meses de IT, el INSS, “a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la Incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica...” Esto es, desaparece la prórroga automática de la IT. Atribuye al INSS en exclusiva la competencia del control de los procesos de IT de los trabajadores al cumplirse los doce meses de su duración.

Real Decreto 2/2006 de 16 de enero, por el que se establecen normas sobre prevención de riesgos laborales en la actividad de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. (BOE, nº 14 de 17 de enero de 2006). Artículo 1. Tiene por objeto “adoptar las medidas necesarias para promover la seguridad y salud en el trabajo de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía aplicando los principios y criterios contenidos en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos laborales, a las peculiaridades organizativas y a las especiales características de las funciones que tiene encomendadas”. Establece la creación de Comités de Seguridad y Salud Laboral, el Servicio de Prevención, y Delegados de Prevención.

Real Decreto 249/2006 de 3 de marzo por el que se modifica el Reglamento de procesos selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía aprobado por Real decreto 614/1995 de 21 de abril (BOE núm. 56 de 7 de marzo de 2006). Se modifica la “estatura mínima” por el R.D. 440/2007 de 3 de abril (BOE núm. 81 de 4 de abril de 2007).

Orden INT/2190/2006 de 19 de junio, por la que se modifica la Orden INT/1751/2002 de 20 de junio, por la que se regulan ficheros informáticos de la Dirección General de la Policía que contienen datos de carácter personal (BOE núm. 161 de 7 julio de 2006).

Real Decreto 991/2006 de 8 de septiembre por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE nº 218 de 12 de septiembre de 2006). Se crea la nueva Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil. Disposición derogada.

Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Se refiere en la Disposición Adicional Única a la Cartera de servicios de las Mutualidades de funcionarios (BOE núm., 222 de 16 de septiembre de 2006).

Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (BOE núm. 302 de 19 de diciembre de 2006) por el que se aprueba el cuadro actualizado de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Real Decreto 1571/2007, de 30 de noviembre, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE núm. 288, de 1 de diciembre de 2007). Disposición derogada

Resolución 61/106 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Quedó abierta a los 192 Estados Miembros para su ratificación, y entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Consta en su Artículo 1. Propósito la definición de Discapacidad "...Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás". .

Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006). En el Artículo 2, se define lo que se entiende por: Autonomía, Dependencia, Actividades Básicas de la Vida Diaria, necesidades de apoyo para la autonomía personal, Cuidados no profesionales, Cuidados profesionales, Asistencia personal y Tercer sector. Define la dependencia como un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria...

Ley 42/2006, de 28 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2007 (BOE nº 311 de 29 de diciembre de 2006).

Por las disposiciones final sexta y transitoria también sexta, modifica la duración y extinción de la situación de incapacidad temporal en el Régimen Especial de la Seguridad Social de funcionarios Civiles del Estado, con el fin de armonizar los efectos y extensión de estos elementos con los propios del Régimen General.

En estos artículos se indica la obligación que tiene el órgano de jubilación de iniciar el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio antes de que transcurra el plazo máximo de 18 meses de duración de la situación de incapacidad temporal y de su prórroga (dispositivo duodécimo de la Orden APU/2210/2003 y disposición adicional 3ª de la Resolución de 31 de diciembre de 1996 de la Secretaría de Estado para la Administración Pública). Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido (18 meses), se tiene que proceder al examen de la misma en los términos y los plazos establecidos en el Régimen General de la Seguridad Social, es decir necesariamente en el plazo de tres meses subsiguiente al de la extinción, al objeto de la calificación del estado del funcionario como incapacitado permanente para el servicio (artículo 20.2., de la LSSFCE).

Real Decreto 440/2007 de 3 de abril, por el que se modifica el reglamento de procesos selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía, aprobado por

Real Decreto 614/1995 de 21 de abril. (BOE núm. 81 de 4 de abril de 2007). Modifica nuevamente el dato de la estatura mínima de los aspirantes al ingreso en el CNP.

Ley 7/2007 de 12 de abril del Estatuto Básico del Empleado Público EBEP. (BOE nº 89, de 13 de abril de 2007). En el Artículo 4 e) se refiere a Personal con legislación específica propia, el de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, y así: Artículo 67.1.c). Jubilación forzosa por la declaración de la incapacidad permanente para el ejercicio de las funciones propias de su cuerpo o escala, o por el reconocimiento de una pensión de incapacidad permanente total en relación con el ejercicio de las funciones de su cuerpo o escala, y Artículo 68. Rehabilitación de la condición de funcionario.1. En el caso de... jubilación por incapacidad permanente para el servicio, el interesado, una vez desaparecida la causa la causa objetiva que la motivó, podrá solicitar la rehabilitación de su condición de funcionario, que le será concedida.

Orden ECI/1995/2007, de 29 de junio, por la que establece la equivalencia de las categorías de Policía y Oficial de Policía, de la escala Básica del Cuerpo Nacional de Policía, a los Títulos de Técnico y de Técnico Superior, respectivamente, correspondientes a la formación profesional del sistema educativo (BOE núm. 161 de 6 de julio de 2007).

Ley 14/2007, de 3 de julio de Investigación biomédica (BOE núm. 159 de 4 de julio de 2007). Art. 3 m) «Estudio observacional»: estudio realizado sobre individuos respecto de los cuales no se modifica el tratamiento o intervención a que pudieran estar sometidos ni se les prescribe cualquier otra pauta que pudiera afectar a su integridad personal.

Real Decreto 1571/2007 de 30 de noviembre, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE núm. 288, de 1 de diciembre de 2007). Derogado.

Ley 40/2007 de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. (BOE núm. 291 de 5 de diciembre de 2007). Introduce modificaciones en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, sobre la incapacidad temporal, modificando el apartado 1 del artículo 128, y el apartado 2 del artículo 131 bis. Los servicios públicos de Salud, no podrán instar ningún procedimiento de calificación a partir de los doce meses de baja del trabajador, por ser el INSS el único órgano competente a partir de los doce meses. Esta Ley se desarrolla por Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre BOE núm. 235 de 29 de septiembre de 2009.

Artículo 1. Incapacidad temporal. Introduce modificaciones en el texto de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

Artículo 2. Incapacidad permanente. Introduce modificaciones (periodo mínimo de cotización, cuantía de la pensión).

Modifica también el artículo 128.1 y establece que agotado el plazo de 365 días el INSS o el ISM (Instituto Social de la Marina) serán los únicos competentes para reconocer la situación de prórroga, determinar el inicio de incapacidad permanente o determinar el alta médica.

Disposición adicional decimoséptima. Régimen Especial de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. Introduce modificaciones al texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio.

Uno. El apartado 2 del artículo 20 queda redactado del siguiente modo: “Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido, se procederá al examen de la misma en los términos y plazos establecidos en el Régimen General de la Seguridad Social, al objeto de la

correspondiente calificación del estado del funcionario como incapacitado con carácter permanente para las funciones propias de su Cuerpo o Escala y declaración de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. En aquellos casos que en los que continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del funcionario con vistas a su reincorporación al servicio, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, y así se haya dictaminado en informe razonado sobre la capacidad o incapacidad del funcionario por... o por la Unidad de Valoración que resulte procedente de acuerdo con el Cuerpo o la Escala del funcionario, dicha calificación podrá retrasarse por el periodo preciso, que en ningún caso podrá rebasar los veinticuatro meses siguientes desde la fecha en que se haya iniciado la situación de incapacidad temporal”.

En la Disposición final novena dice que a partir de 1 de enero 2008 los funcionarios del CNP podrán prorrogar la edad de pase a segunda actividad hasta un plazo máximo de dos años.

Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (B.O.E. núm.17 de 19 de enero de 2008).

Ley 51/2007 de 26 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008. (BOE nº 310 de 27 de diciembre de 2007). En la Disposición Adicional Cuarta, Prorroga la edad de pase a segunda actividad. (Orden General número 1691 de 31/12/2007). La opción de ocupar destino en la situación de segunda actividad “quedará limitada a aquellos funcionarios que hayan prorrogado su edad de pase a dicha situación durante la totalidad del plazo previsto en el apartado primero de esta Disposición”. Modificada.

3 de mayo de 2008. Entra en vigor la Resolución 61/106, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Consta en su Artículo 1. Propósito la definición de Discapacidad aprobada en 2006. Desarrolla una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que las personas con discapacidad, deben gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Real Decreto 1181/2008 de 11 de julio, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE nº 171 de 16 de julio de 2008). No supone un cambio radical con relación a la normativa existente. De la Secretaría de Estado de Seguridad dependerá la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil cuyo titular tendrá el rango de subsecretario; asumirá el mando directo del Cuerpo Nacional de Policía y del Cuerpo de la Guardia Civil. Derogado

Ley 2/2008 de 23 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 2009. (BOE núm. 309 de 24 de diciembre de 2008) (Orden General Número 1747/12/2008). Contiene modificaciones relativas a la Incapacidad Temporal.

Deroga el artículo 69 del texto articulado de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado aprobado por Decreto 315/1964 de 7 de febrero.

En las Disposiciones Finales:

Primera. “Modificación del texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado, aprobado por Real Decreto Legislativo 670/1987, de 30 de abril”.

Séptima. “Modificación del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado aprobado por Real Decreto legislativo 4/2000 de 23 de junio”. En Uno, se modifican los artículos 18 a 22 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. El Artículo 18 sobre las

Contingencias protegidas, Artículo 19 Situación de incapacidad temporal y Artículo 20 que trata de la duración y extinción de la situación de incapacidad:

Artículo 20.3 dice: “En cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impedirá definitivamente el desempeño de las funciones públicas, el órgano de la jubilación competente, iniciará de oficio o a instancia del interesado el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio. Reglamentariamente se instaurarán los mecanismos necesarios para coordinar las actuaciones entre la Mutualidad y las unidades Médicas de Seguimiento o de Valoración de la Incapacidad Permanente y las del órgano de jubilación”.

Artículo 20.4 “Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido en el Régimen General de la Seguridad Social, se procederá al examen de la situación de la incapacidad temporal del funcionario en los mismos términos y plazos establecidos en este Régimen y por parte y por parte del correspondiente equipo o unidad de valoración de incapacidades permanentes a la que la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado haya encomendado esta función o que resulte procedente de acuerdo con el Cuerpo o Escala del funcionario.

Este examen determinará si el estado de incapacitación del funcionario dará lugar a su calificación de incapacitado con carácter permanente para las funciones propias de su Cuerpo o Escala y a la consiguiente declaración de jubilación por incapacidad permanente para el servicio.

En aquellos casos en que se dictamine que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del funcionario con vistas a su reincorporación al servicio, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada cualificación, ésta podrá retrasarse por el periodo preciso, que, en ningún caso, podrá rebasar el tiempo máximo de duración desde la fecha en la que se haya iniciado la situación de incapacidad temporal, según lo establecido en el Régimen General. En este periodo se prorrogarán los efectos de la situación de incapacidad temporal”.

Real Decreto 331/2009 de 13 de marzo, por el que modifica el Real Decreto 1181/2008, de 11 de julio, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior (BOE núm. 74, de 27 de marzo de 2009). Derogado, por RD 400/2012 de 17 de febrero.

Resolución de fecha 1 de abril de 2009, del Director General de la Policía y de la Guardia Civil, por la que se imparten instrucciones para la correcta tramitación de la documentación relativa a enfermedad o accidente en el ámbito del Cuerpo Nacional de Policía. (Orden General Número 1762 de 06/04/2009, Sección 1). “Al ser el diagnóstico un dato de “salud” y, en consecuencia, gozar de una especial protección otorgada por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se hace preciso dictar una serie de instrucciones para la tramitación de dichos partes... salvaguardando así el deber de secreto sobre esa categoría de datos”. Disposición primera: el original del parte de enfermedad “pertenece única y exclusivamente al mutualista”.

Disposición segunda: “En las comunicaciones que hayan de realizarse entre las distintas Dependencias de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil (ámbito del Cuerpo Nacional de Policía), en relación con el mutualista de baja por enfermedad o accidente, únicamente deberá consignarse, en el caso de que sea necesario, el Código del diagnóstico según el Código CIE-9-MC fijado en las copias... En ningún caso y bajo ningún concepto dichas comunicaciones contendrán referencias de las enfermedades vinculadas al referido código, ni cualquier otro dato, aunque sea genérico, referido al tipo de padecimiento sufrido por el mutualista”.

Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal (BOE núm.235 de 29 de septiembre de 2009). Básicamente se regulan las comunicaciones informáticas por parte de los servicios públicos de salud al cumplirse el duodécimo mes en los procesos de incapacidad temporal así como el desarrollo de las competencias de control otorgadas las entidades gestoras por el artículo 128.1 de la LGSS una vez agotado el periodo de 12 meses de duración de la IT siendo el INSS y el Instituto Social de la Marina los únicos competentes en sus respectivos ámbitos gestores para reconocer la situación de prórroga expresa, determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente o emitir el alta médica. (Última actualización Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, BOE núm. 176 de 21 de julio de 2014).

Resolución de 30 de septiembre de 2009 de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se establece la edición electrónica de los impresos de partes de baja, de maternidad e informe médico por incapacidad temporal. CEPIT: Comunicación electrónica de partes de Incapacidad.

Real Decreto 2/2010 de 8 de enero, por el que se modifica el Reglamento General del Mutualismo Administrativo, aprobado por Real Decreto 375/2003 de 28 de marzo en materia de incapacidad temporal y de riesgo durante el embarazo y durante la lactancia natural. (BOE nº 16 de 19 de enero de 2010). Insta al Ministerio de la Presidencia a que pormenore las determinaciones básicas...

Artículo 92. Duración y extinción de la situación de incapacidad permanente. Art. 92.3 “En cualquier momento en que se prevea que la enfermedad o lesión por accidente impida definitivamente el desempeño de las funciones públicas y, en todo caso, antes de que se agote la duración máxima a que se refiere el apartado 1 de este artículo, se iniciará por el órgano de jubilación competente, de oficio, o a instancia del interesado, el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio”. En art. 92.6 dice que a efectos de la declaración de jubilación por IP de los funcionarios mutualistas, “se establecerán normas específicas de coordinación entre la Mutualidad General, las Unidades Médicas de Seguimiento o de Valoración de Incapacidades y los órganos de jubilación respecto a la realización de los correspondientes reconocimientos médicos y la emisión del consiguiente dictamen por los citados equipos para la determinación de la existencia de la incapacidad permanente y, en su caso, fijación del grado de la misma”.

Resolución de 3 de febrero de 2010 de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia, por la que se publica el Acuerdo de Encomienda de Gestión entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para 2010 para la realización de determinados reconocimientos médicos (BOE núm. 325 de 9 de febrero de 2010). El objeto de la encomienda es la realización en todo el territorio nacional de los reconocimientos médicos a los funcionarios incluidos dentro del campo de aplicación del régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, que están en la situación de IT, o que hayan solicitado la respectiva licencia, a través de los medios de los que disponen las Direcciones provinciales del INSS.

25 de marzo de 2010, el Consejo de Administración de la OIT en la 307ª Reunión, aprobó una nueva lista de Enfermedades profesionales. En ella se recogen por primera vez, 2.4.Trastornos mentales y del comportamiento: 2.4.1. Trastorno por Estrés Postraumático, y 2.4.2.Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior, cuando se haya establecido científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y las prácticas nacionales un vínculo directo

entre la exposición a los factores de riesgo que resulta de las actividades laborales y el (los) trastorno (s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador”.

Ley Orgánica 4/2010 de 20 de mayo del Régimen Disciplinario del Cuerpo Nacional de Policía (BOE núm. 124 de 21 de mayo de 2.010). Se tipifica como falta muy grave “la negativa injustificada a someterse a reconocimiento médico, prueba de alcoholemia o de detección de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, legítimamente ordenadas, a fin de constatar la capacidad psicofísica para prestar servicio. La Ley Orgánica 9/2015, de 28 de julio, deroga la Disposición Adicional Primera, y modifica los Artículos 8. 9 y 16 (de infracciones disciplinarias y prescripción de sanciones).

Orden PRE/1744/2010 de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (BOE nº 159 de 1 de julio de 2.010). Sustituye a la orden APU/2210/2003 de 17 de julio. Desarrolla el R.D. 2/2010 de 8 de enero. Aprueba los modelos y el contenido de los partes médicos, características del parte inicial de baja para el reconocimiento de la situación de IT, partes de confirmación... (Con posterioridad, se modifican los Anexos I a IV por Resolución de 29 de noviembre de 2010, BOE núm.302 de 13 de diciembre).

Expedición del parte médico inicial, Artículo 2, antes de alcanzarse el cuarto día hábil, el médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud al que se encuentre adscrito el mutualista, le reconocerá y expedirá el parte inicial para la situación de IT “con todos los ejemplares debidamente cumplimentados en todos sus apartados”.

Solicitud de la licencia, Artículo 3, el mutualista presentará ante el órgano de personal los ejemplares de los partes, y “no será preciso el consentimiento del mutualista para que los datos codificados puedan ser tratados a través del fichero automatizado de que disponga MUFACE, al que podrán tener acceso, con las condiciones de seguridad asociadas al mismo, los órganos de personal y las Unidades Médicas de Seguimiento a los efectos oportunos”.

Concesión de la licencia, Artículo 8. Recibido el parte médico inicial o de confirmación de la baja para la situación de IT, “el órgano de personal dispondrá lo conveniente en cuanto a la concesión de la licencia inicial y de sus prórrogas, contando con las posibilidades de asesoramiento, recogidas en el artículo 90.1 del Reglamento” (Reglamento General del Mutualismo Administrativo aprobado por R.D. 375/2003 de 28 de marzo). Si el resultado de los informes de reconocimiento fuera desfavorable para la concesión de la licencia o su prórroga, el órgano de personal “declarará su extinción y se le comunicará al mutualista, quien deberá reincorporarse a su puesto de trabajo...”

Desde 2010, en los procesos de IT, MUFACE podrá requerir a las Unidades Médicas del INSS el reconocimiento del mutualista, en los casos siguientes: 1) situaciones en las que el órgano de personal solicite a MUFACE el control de una situación de IT determinada, 2) procesos cuya duración supere los tiempos estándar especificados para cada categoría en los protocolos técnicos utilizados por estas Unidades o elaborados expresamente por MUFACE, siempre y cuando resulte conveniente a juicio de MUFACE, para el correcto seguimiento de la situación, 3) a solicitud del mutualista el cual tendrá derecho a aportar cuanta documentación médica considere oportuna en todos los procesos de reconocimiento que realicen las Unidades Médicas de Seguimiento. MUFACE trasladará al órgano de personal y al mutualista el resultado del mismo, que tendrá carácter vinculante (alta, prórroga, propuesta de incapacidad permanente).

Orden INT/1797/2010, de 2 de julio, por la que se modifica la Orden INT/986(2005, de 7 de abril por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades (BOE núm. 162 de 5 de julio de 2010)

Resolución de 19 de octubre de 2010, de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil, ámbito Cuerpo Nacional de Policía, por la que se regula la organización de las Oficinas de Denuncias y Atención al Ciudadano (ODAC), funciones de sus integrantes y su adscripción a las Unidades de Policía Judicial. “La presente norma viene a regular la organización y funciones de las Oficinas de Denuncias y Atención al Ciudadano de las Comisarías del Cuerpo Nacional de Policía, tanto Provinciales, como Locales, Zonales, de Distrito o de los Puestos Fronterizos”. Dependerán de la Unidad de Policía Judicial correspondiente a dichas estructuras.

Real Decreto 1591/2010 de 26 de noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CON-11) (BOE núm.306 de 17 de diciembre de 2010). (La que estaba vigente era la CNO-94 del año 1994). Los Policías código 592 y los Policías Nacionales código 5921. La OIT, Ginebra en 2007 realizó una actualización de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88). El grupo Policías tiene el código 5162.

Resolución de 29 de noviembre de 2010, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se actualizan los modelos de partes previstos en los Anexos de la Orden PRE/1744/2010 de 30 de junio, por la que se regula el procedimiento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (BOE. Núm. 302, de 13 de diciembre de 2010).

Real Decreto Ley 13/2010 de 3 de diciembre, de actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo. Dispone (Artículo 20), la inclusión en el Régimen general de la Seguridad Social de los Funcionarios públicos y de otro personal de nuevo ingreso a partir de 1 de enero de 2011. (BOE núm. 293 de 3 de diciembre).

Resolución de 28 de febrero de 2011 de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado por la que se publica la prórroga expresa del Acuerdo de encomienda de gestión con el Instituto Nacional de la Seguridad Social para la realización de determinados reconocimientos médicos (BOE núm. 70 de 23 de marzo de 2011).

Consejo de la Unión Europea. Bruselas, 15 de abril de 2011 nº doc., prec: 6173/2/11 REV 2 ENFOPOL 25. En sus reuniones del 11 de enero, 18 de febrero, 18 de marzo y 5 de abril, de 2011 el Grupo “Aplicación de las Leyes”, debatió la propuesta de la presidencia sobre la creación de la red europea de expertos en medicina y psicología en el ámbito de la aplicación de la ley (EMPEN), destinada a reforzar la cooperación entre tales expertos y llegó a un acuerdo acerca de la Resolución del Consejo sobre esta materia. Reconociendo que la red de cooperación de la policía y de otras fuerzas y cuerpos de seguridad activas en los ámbitos de la medicina y de la psicología, podrían aportar una notable contribución a la mejora de la calidad de los servicios, sugiere, intercambiar información en determinados ámbitos de la psicología relativa al sector de aplicación de la ley: Asesoramiento psicológico; Apoyo Psicológico / Atención a los agentes de policía; Apoyo psicológico proporcionado por los servicios policiales.

Orden INT/1202/2011 de 4 de mayo por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del Ministerio del Interior (BOE núm. 114 de 13 de mayo de 2011) en el punto 33: Fichero SIGESPOL. Usos previstos: Administrativos. Colectivo: totalidad de recursos humanos afectos a la Dirección General de la Policía... Este fichero contiene datos personales, datos profesionales, y datos especialmente protegidos. El Órgano responsable del fichero: División de Personal.

Sentencia de 21 de marzo de 2011, dictada por la Sala Tercera del Tribunal Supremo por la que se anulan los acuerdos del Consejo de Ministros de 8 de enero y 23 de abril de 2010 que inadmiten los recursos de reposición que fueron deducidos contra las Resoluciones de 7 de septiembre y 18 de diciembre de 2009, de la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil. En el fallo consta 2º d) “declaramos nulo el límite de edad establecido en el apartado b) del artículo 7 del Real Decreto 614/1995 de 21 de abril por el que se aprueba el Reglamento de los Procesos Selectivos y de formación en el Cuerpo Nacional de Policía”. (BOE núm. 134 de 6 de junio de 2011).

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (BOE núm. 184, de 2 de agosto de 2011), de 13 de diciembre de 2006, firmada y ratificada por España y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Incorpora la definición de persona con Discapacidad incluida en el Tratado internacional.

En el Artículo 1.2 dice “En todo caso se considerarán que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad”.

Real Decreto-Ley 14/2011 de 16 de septiembre de medidas complementarias en materia de políticas de empleo y de regulación del régimen de segunda actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del estado. (BOE núm. 226 de 20 de septiembre de 2011). En el Capítulo II, Artículo 4 dice que pueden permanecer los miembros del Cuerpo Nacional de Policía en situación de servicio activo, hasta los 65 años (edad de jubilación forzosa) y no obstante podrán optar a pasar a Segunda Actividad a petición propia: todas las Escalas a los 58 años y la Escala Superior a los 62. “. Deroga el Artículo 4 de permanencia en el servicio activo de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, y la Disposición transitoria primera, la Ley Orgánica 9/2015 de 28 de julio,

Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública. (BOE núm. 240 de 5 de octubre de 2011). Norma con la que entre otros aspectos se garantiza la universalización de la sanidad pública, es decir, el acceso a la misma de todos los españoles residentes en el territorio nacional a los que no se les reconoce en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico.

Define la salud laboral en el artículo 32, y consta en la Disposición adicional séptima, la Regulación de la psicología en el ámbito sanitario, la profesión del psicólogo sanitario, hasta ahora no reconocida

Orden EDU/3125/2011, de 11 de noviembre, por la que se establece la equivalencia de la formación conducente al nombramiento de Inspector del Cuerpo Nacional de Policía al nivel académico de Máster Universitario oficial (BOE núm. 278 de 18 de noviembre de 2011), para “quienes hayan accedido a la categoría de Inspector y estén en posesión de una titulación académica que permita el acceso a los estudios de Máster Universitario” (deroga la Orden de 18 de abril de 2000)

Real Decreto 1887/2011 de 30 de diciembre, se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales; Este RD, suprime la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil, y crea la Dirección General de la Policía y la Dirección General de la Guardia Civil (BOE núm. 315 de 31 de diciembre de 2011).

Resolución de 16 de febrero de 2012 de la Secretaría General Técnica-Secretariado del Gobierno, por la que se publica la prórroga expresa del Acuerdo de encomienda de gestión entre la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para la realización de determinados reconocimientos médicos (BOE núm. 44 de 21 de febrero de 2012).

Real Decreto 400/2012 de 17 de febrero por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior. (BOE núm. 42, de 18 de febrero de 2012), regulación que precisa el pertinente desarrollo, con el fin de adecuar la estructura orgánica y funciones de los servicios policiales a las necesidades y demandas que en materia de seguridad ciudadana plantea la sociedad. (Corrección de errores: BOE nº 88 de 12 de abril de 2012), El RD 873/2014, de 10 de octubre, modifica los arts. 2, 4, 5, 7 a 11 y la disposición transitoria 2.

Real Decreto 449/2012, de 5 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 2583/1996 de 13 de diciembre, de estructura básica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de la Tesorería de la Seguridad Social (BOE núm. 56, de 6 de marzo de 2012). Este RD, tiene por objeto modificar la estructura de la Dirección General del INSS y proceder a la distribución de competencias de las unidades que dependen de la misma.

Orden INT/28/2013, de 18 de enero, por la que se desarrolla la estructura orgánica y funciones de los Servicios Centrales y Periféricos de la Dirección General de la Policía (BOE núm. 21, de 24 de enero de 2013) El Anexo VI de la Orden, de Unidades de Extranjería y Documentación en Puestos Fronterizos, es modificado por Orden INT/273/2014, Orden INT/1472/2014, Orden INT/2088/2014, y Orden INT/504/2015.

Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes (BOE, núm. 26 de 30 de enero de 2013). Deroga Orden TAS/1040/2005.

Resolución del Director General de la Policía de 10 de julio de 2013 por la que se dispone la adaptación al ámbito de la Dirección General de la Policía del "Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado".

Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013)

Orden INT/430/2014, de 10 de marzo, por la que se regula la uniformidad en el Cuerpo Nacional de Policía (BOE núm. 69, de 21 de marzo de 2014)

Real Decreto 625/2014, de 18 de julio por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración (BOE núm. 176 de 21 de julio de 2014).

Las modificaciones introducidas por este RD afectan principalmente a la expedición de los partes médicos de baja, de confirmación y de alta, para tratar de adaptar la emisión de los partes a la duración estimada de cada proceso, estableciendo unos protocolos de temporalidad de los actos médicos de confirmación de la baja en función de la

duración estimada del proceso, la cual será fijada por el facultativo correspondiente, a su criterio médico contando a tal fin con unas tablas de duración óptima basadas en el diagnóstico, la ocupación y la edad del trabajador.

En el Artículo 1. Ámbito de actuación, punto 2 dice que “quedan excluidos de lo dispuesto en este real decreto los regímenes especiales de las Fuerzas Armadas, de los Funcionarios Civiles de la Administración del Estado y del personal al servicio de la Administración de Justicia”.

Esta nueva regulación, que deroga el RD575/1997 de 18 de abril, afecta a aspectos de la prestación por IT y pone énfasis en la coordinación entre la Administración de la Seguridad Social, las entidades colaboradoras y los Servicios Públicos de Salud. Las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social podrían actuar desde el primer día de la baja laboral. También el INSS deberá decidir el alta de un trabajador que esté de baja por IT en caso de discrepancias entre el Médico del Sistema sanitario y la Mutua

Ley 35/2014 de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social (BOE núm. 314 de 29 de diciembre de 2014).

En el Preámbulo dice que las hasta ahora denominadas Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, pasan a denominarse Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social. La colaboración en la gestión se desarrolla en varias prestaciones... “gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria derivada de las contingencias profesionales; realización de actividades de prevención de riesgos laborales de la Seguridad Social; gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes...”

Modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobada por Real decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, modificando la Subsección 2ª de la sección Cuarta del Capítulo VII del Título I Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, Artículos 68 a 76, y la disposición adicional undécima, gestión de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de diciembre del Código Penal (BOE núm. 77 de 31 de marzo de 2015), modifica el artículo 550 y el ahora 240 redacta que “son reos de atentado los que agredieren o, con intimidación grave o violencia, opusieran resistencia grave a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos...”

Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.(BOE núm. 147, de 20 de junio de 2015).

El Artículo 4.2.d) sobre los procesos de duración estimada larga, “En todo caso, independientemente de cuál fuera la duración estimada del proceso, el facultativo expedirá el alta médica por curación o mejoría que permite realizar el trabajo habitual, cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral, o por propuesta de incapacidad permanente...”. Los procesos de duración estimada larga son los de 61 o más días naturales.

Ley Orgánica 9/2015, de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional. (BOE núm. 180, de 29 de julio de 2015). Entra en vigor el 18 de agosto de 2015. Deroga entre otros: El Reglamento Orgánico de la Policía Gubernativa aprobado por Decreto 2938/1975, la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de marzo, la Ley 26/1894, el RD, 308/2005 de 18 de marzo; modifica los artículos 8, 9 y 16 de la Ley Orgánica 4/2010,

de 20 de mayo, deroga la Disposición adicional 1, y deroga el Artículo 4 y la Disposición Transitoria 1 del Real Decreto-ley 14/2011, de 16 de septiembre.

Se reúnen con rango de Ley aspectos del régimen de personal de la Policía Nacional que estaban dispersos. Novedades entre otras: la denominación que utiliza cuando se refiere al Cuerpo Nacional de Policía es la de "Policía Nacional" lo cual no obsta para que el CNP conserve su identidad, la contratación de un seguro de responsabilidad civil para indemnizaciones y fianzas derivadas de la exigencia de responsabilidad a Policías Nacionales, la supresión del requisito de edad máxima para ingresar, y el derecho a continuar en servicio activo hasta la edad de jubilación. El Artículo 80, recoge la "evaluación y control de las condiciones psicofísicas" para ello existirá un servicio sanitario cuyas competencias y organización se determinarán reglamentariamente. Los funcionarios serán además sometidos a vigilancia de la salud dentro del marco de actuación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales